ROK IV WARSZAWA 1930 KWIECIEŃ ZESZYT IV

WIEDZA LEKARSKA

MIESIĘCZNIK
POŚWIĘCONY PRZEGLĄDOWI FRANCUSKIEGO
PIŚMIENNICTWA LEKARSKIEGO I POTRZEBOM
LEKARZA PRAKTYKA

REVUE MENSUELLE CONSACRÉE À LA LITTERATURE MEDICALE FRANÇAISE ET AUX BESOINS DU PRATICIEN

pod redakcją Doc. Dr. Wojciechowskiego

PRACE ORYGINALNE

DR. A. BRYLIŃSKI.

Phosphacid Dr. Romanowskiego.

Mineralne niedotlenki fosforu i ich chemiczne połączenia z wapniem.

Leczniczy wpływ i sposób stosowania tego preparatu w przebiegu gruźlicy i innych niedomaganiach ustroju.

Wyniki stosowania Phosphacidu uzyskane na podstawie przeszło 300 przypadków własnych, ściśle i czas dłuższy spostrzeganych w przeciągu 20 lat, t. j. od chwili powstania tego preparatu.

Phosphacid w ogólnych zarysach.

Sprawa leczenia gruźlicy wciąż jest jeszcze na porządku dziennym. Pojawiające się rok rocznie setki nowych preparatów leczniczych, mniej lub więcej umiejętnie reklamowanych, nie zwracają dziś już uwagi świata lekarskiego.

Wszystkie one niemal okazały się niewystarczającemi dla walki z tem cierpieniem, a niekiedy nawet były wręcz szkodliwe dla ustroju chorego.

Bankructwo leczenia swoistego — czy to tuberkulinami o różnych postaciach i odmianach, czy też modnej w ostatnich czasach chemioterapii preparatami złota: sanochryzyna *Moellgaarda, Krysalgan, Triphal* i wiele innych skierowanemi również wprost przeciw prątkom *Kocha* znajdującym się w ustroju, wykazało niewątpliwie, że wszystkie te sposoby, nie wyrządzając większej szkody prątkom, niejednokrotnie zaszkodzić mogą choremu. I tylko, jak dotychczas, jedyny preparat tego typu (podwójny tiosiarczan złota Lumiera) indywidualnie i umiejętnie stosowany tamte wszystkie przewyższa (*Dr. Okoński* Medycyna 1929 r.).

Leczenie pobudzające białkowe — proteinoterapia z teleologicznego punktu widzenia, przeczy prawu celowości w przyrodzie. Wywołuje ono bowiem

objawy nadwrażliwości: wysypki, wymioty, gorączki, biegunki i t. p., które nie są niczem innem, jak tylko protestem organizmu — wskazaniem, że chce się on uwolnić od stosowanej w ten sposób pomocy.

Leczenie ogólne klimatyczne i objawowe daje wprawdzie dodatnie wyniki, ale i ono jednak często jest niewystarczające.

Mamy natomiast inny sposób; najwięcej przekonywujący i racjonalny, wybijający się już dawno na czoło walki z gruźlicą, a mianowicie: Mniej wpływać bezpośrednio na prątki gruźlicze, a starać się uzdrowić i wzmocnić ustrój chorego. Zdrowy bowiem ustrój sam sobie daje radę z chorobotwórczemi drobnoustrojami. Nieraz obserwować to możemy przy samowyleczaniu tego lub innego zakażenia. Takie samowyleczanie się organizmu jest zawsze najtrwalsze.

Ujmując proces gruźliczy w ogólnych zarysach widzimy, że ani z punktu biologicznego (chemiczna struktura prątków gruźliczych), ani ze stanowiska histologicznego (odrębna budowa gruzełka tej infekcji) wszystkie stosowane dotychczas środki, nie wywarły bezpośredniego, etiotropnego wpływu na przyczynę tej dolegliwości. Problemat zatem gruźlicy w tym kierunku ujęty—pozostaje w dalszym ciągu otwarty.

Aby zbliżyć się do jego wyjaśnienia, należy ująć sprawę z innej strony. Trzeba wzmocnić obronne siły ustroju, należy podnieść te zdolności odziedziczone i nabyte, jakiemi walczy pierwoszcz komórki z opanowującą ją infekcją gruźliczą i odpowiedniemi przez „vis medicatrix Naturae" wzkazanemi pierwiastkami—dać możność ustrojowi zwyciężyć.

W tym kierunku pracownie kliniczne i chemiczne już od dawna badają chemiobiologiczne wpływy na pierwoszcze komórki takich pierwiastków, jakie są niezbędne dla jej normalnego życia i rozwoju.

Właściwości Phosphacidu.

Wiadomo, że normalny, a więc biologicznie zdrowy stan komórki zależy od stanu jej jądra. To ostatnie zaś zawiera nukleoproteidy — białka fosforowe, gdzie pierwiastek ten odgrywa dominującą rolę. Wszelka więc fluktuacja fosforu w ustroju odczuwana być musi głównie w jądrach komórki. Wytwarza się wtedy nienormalny, a więc chorobliwy stan komórki w odniesieniu do jej struktury mineralnej. Czyni to ją podatną wobec każdego zakażenia, a szczególnie gruźliczego (Demineralizacja ustroju, Francuska szkoła *Robin Binet* i inni).

Już prof. *Bouchard*, mówiąc o znaczeniu fosforu w ustroju powiedział: bez fosforu nie może powstać ani też egzystować żadna komórka. Prof. *Maulechott* przed stu laty zaopinjował: „Bez fosforu niema życia, niema myśli".

W biologicznej strukturze ustroju, również ma wielkie znaczenie Wapń. Wywiera on wpływ na układ wegetatywny, który kieruje grą naczyń krwionośnych, bierze udział w stanach zapalnych i wszystkich odczynach ustroju.

Przy pewnem przesyceniu soków ustrojowych wapń plombuje sobą świeżo powstającą tkankę łączną (Dr. *Paillard*, Journal med. France 1928). Dla walki więc z zakażeniem gruźliczem, fosfor i wapń są temi podstawowemi pierwiastkami, jakiemi przeważnie vis medicatrix Naturae posługuje się przy samowyleczeniu się gruźliczego ustroju.

Mając na względzie wyżej przytoczone dane, nauka stara się wynaleźć takie połączenia tych pierwiastków, które będąc rozpuszczalne, podlegałyby zupełnej asymilacji. Połączenia te winny też łatwo rozpadać się w ustroju na fizjologiczne czynne jony, chociażby złożone i wpływać uzdrawiająco na życiowe wymiany komórki. Innemi słowy, taki preparat chemiczny winien być izotoniczny i organotropowy.

Takim chemicznym związkiem jest Phosphacid.

Wychodząc z wyżej przytoczonego założenia, jest oczywiste, że taki lek nie może być specyfikiem w tem lub innem schorzeniu. Punktem bowiem wyjścia dla metody leczenia tym środkiem jest stopniowe stwarzanie w leczonym ustroju takich chemiofizykalnych stanów, które sprzyjałyby ozdrowieniu chorej komórki.

Preparat ten nadaje się w wysokim stopniu przy leczeniu wielu cierpień: zakażeń, jak gruźlica, kiła, zimnica — następnie neurastenja. niedokrewność, krzywica, cukrzyca, rekonwalescencja po innych cierpieniach i t. p.

Mineralny fosfor i wapń, jak wykazały prace *Hoflanda, Kremera, Shipleya* i innych (sprawy kostnienia) odgrywają główną i pierwszorzędną rolę w chemiobiologii ustroju.

Surowica krwi zawiera 3,7 mg. % nieorganicznego fosforu i 10 mg. % wapnia. Surowica niemowląt znacznie więcej, bo 5 mg. % fosforu. Krzywica, w której często spotykamy fosfaturje, powstaje przy wyraźnem obniżeniu stężenia nieorganicznych fosforanów we krwi. Możnaby przytoczyć wiele jeszcze przykładów na poparcie twierdzenia, że właśnie mineralny fosfor i wapń jest niezbędny dla ustroju.

Stosowanie jednak mineralnego fosforu w celach leczniczych ograniczało się do podawania mineralnego fosforu rozpuszczonego w tranie. Przytem do niedawna panowało w medycynie przekonanie, że ustroje zwierzęce wchłaniają niezbędne dla swego życia związki fosforowe, tylko w postaci związków organicznych, już gotowych do asymilacji. Dopiero prace uczonych *Harta, Mac Calemen, Wendta* i innych wykazały, że ustrój ludzki syntetyzuje mineralny fosfor i że asymilacja ta odbywa się szczególnie łatwo, przy odpowiedniem stężeniu jonów wapnia w sokach życiowych (Dr *Krasuski*, Medycyna Nr. 32 — 1928 r.).

Wnioskować stąd należy, że wapń zawarty w Phosphacidzie potęguje tę chemiobiologiczną właściwość ustroju, ułatwiając mu syntetyzowanie mineralnego fosforu.

Fosfor w Phosphacidzie pochodzi z niedotlenków fosforowych i mineralnego fosforu w stanie koloidalnym. Niedotlenione związki fosforowe do powstania Phosphacidu nie były stosowane w medycynie. Są to związki następujące: Kwas fosforawy H^3PO^3; Kwas podfosforawy H^3PO^2. Dwuwodorowy kwas hypotetyczny H^2PO, który w stanie wolnym dotychczas nie jest znany, choć pojawia się w połączeniach organicznych. Obecność jego w Phosphacidzie ma wielkie znaczenie z powodu aktywności chemicznej.

Wspólne własności tych kwasów są: skłonność do utleniania, łatwość redukcji i słaby odczyn kwaśny. Ta ostatnia właściwość pozwala im krążyć we krwi i ulegać przyswojeniu.

Chemja uważa kwasy fosforowe za rezultat utleniania fosforowodoru PH^3. Ten ostatni ma wzór chemiczny analogiczny do amoniaku NH^3. Możemy podstawiać zamiast jego wodoru różne „R" węglowodanowe, lub inne organiczne związki. Wtedy powstaną fosfiny. Formuła tych ostatnich jest:

PH^3 — fosforowodór
PH^2 (CH^3) — metylfosfina
PH $(CH^3)^2$ — dwumetylfosfina
P $(CH^3)^3$ — trymetylfosfina
NH^3 — amoniak
NH^2 (CH^3) — metylamina
NH $(CH^3)^2$ — dwumetylamina
N $(CH^3)^3$ — trójmetylamina

Podobnie jak przez kolejne utlenianie fosforowodoru otrzymujemy wszytkie kwasy fosforowe, tak samo przez stopniowe utlenianie jego pochodnych — powstają kwasy fosfinowe, bardzo mało znane, jak zresztą i wszystkie pochodne organiczne fosforu. Najbardziej są znane

(C^6H^5) P $(OH)^2$ — kwas fenolfosforawy
$(CH^3)^2$ PO (OH) — kwas dwumetylfosforowy.

Istnieją różne typy i stopnie utlenienia fosforu, a skutkiem tego i różne kwasy fosfinowe. Tak wodór dwutlenków nie wszędzie spełnia te same czynności. Wodór związany z fosforem działa jak PH^3. Lecz wodór związany z tlenem ma już to funkcje alkoholowe, już to funkcje kwasowe. Graficznie przedstawia się to w ten sposób:

w H^3PO^2 mamy:
/ OH — alkoholowe
HP — OH — kwasowe
\ fosforan wodoru

Te i tym podobne reakcje powstają w ustroju po wprowadzeniu do soków jego Phosphacidu, czyli niedotlenionych związków fosforowych, nawet chemicznie związanych z wapniem.

Otrzymanie Phosphacidu jest nader trudne i skomplikowane; wymaga głębokiej erudycji chemicznej.

Już sam fakt, że mineralny fosfor nie jest preparatem absolutnie czystym — wytwarzanie w takich warunkach niedotlenków fosforowych, które możnaby było stosować podskórnie czy wśródmięśniowo, utrudnia wielce ten chemiczny proces. Trzeba mieć przytem na uwadze, że wogóle związki niedotlenione, a szczególnie

fosforowe, mogą się łatwo utlenić już w czasie ich wytwarzania.

Sam przebieg chemicznej reakcji dla otrzymania Phosphacidu, odbywa się w wodnym 25% roztworze absolutnie czystej gliceryny i wymaga odpowiednich urządzeń, skomplikowanych aparatów i czasu od czterech do pięciu miesięcy nieustannej chemicznej obserwacji.

Gdy reakcja jest zakończoną, dodajemy do tego rozczynu pewną ilość, ściśle obliczoną, preparatu wapnia. W ten sposób zobojętnia się powstały wypadkowo, przy tworzenin się tych niedotlenków — kwas ortofosforowy H^3PO^4, co uwalnia preparat od zbytniej kwasowości i usuwa jednocześnie składnik chemicznie zakończony. Powstały przy tej wapniowej interwencji osad nierozpuszczalnych soli wapniowo-fosforowych oddziela się w specjalny sposób, aby uniknąć zetknięcia się rozczynu z tlenem powietrza. Otrzymany w ten sposób preparat Dr *Romanowski* nazwał Phosphacidem.

Z wyżej przytoczonego pobieżnego opisu powstania Phosphacidu, wynika, że jest to rozczyn gliceryno-fosforowy, zawierający elementarny fosfor w stanie koloidalnym, a nadto chemicznie związane sole wapniowe kwasów fosforawego i podfosforawego. Prócz tego Phosphacid zawiera kwas hypotetyczny, posiadający wg. Dra *Romanowskiego* wybitną chemiczną energję do organicznych połączeń w kierunku leczniczym, a nadto 1 gwajakolu.

Charakterystyczną cechą Phosphacidu jest chemiczna energja w kierunku dalszego utleniania się przy zetknięciu z tlenem

Urząd Medycyny Państwowej w Ministerstwie Zdrowia po dokonaniu analizy Phosphacidu w 1925 r. stwierdził: że zawartość fosforu w tym preparacie obliczona jako bezwodnik fosforowy P^2O^5 równa się 0,282%, ilość wapnia wynosi 0.08%, elementarny fosfor w stanie koloidalnym 0,00005%. Do ustroju wprowadza się go w okolicę np. podłopatkową, lub śródmięśniowo (gluteus u góry ze strony zewnętrznej).

Stosuje się go zawsze w postaci nie rozcieńczonej. Jest on izotoniczny i aseptyczny, nie wywołuje ropni, ani wogóle żadnej miejscowej reakcji. Wstrzyknięty wypadkowo w miąższ skóry wytwarza w następstwie guzy, długotrwające i dające się wyczuć palcem. (Spotęgowany rozrost tkanki łącznej — miejscowy wpływ Phosphacidu). Strzykawkę używa się Recorda, różnej wielkości, począwszy od tuberkulinowej. Rozpoczynając kurację Phosphacidową wygotowuje się ią przy pierwszym wstrzyknięciu przemywając przy następnych eterem i kilkoma kroplami hosphacidu przed samym już wstrzyknięciem. Ampułkę częściowo już zużyta zatyka się parafiną lub lakiem.

Phosphacid jest preparatem stałym. Hermetycznie zachowany w ampułkach z jenajskiego szkła, nie traci latami swych farmakodynamicznych właściwości. Przedwojenne preparaty odpowiadają zupełnie obecnie sporządzonym. Powstający wyjątkowo rzadko, minimalny osad w ampułce, nie zmniejsza jego chemiobiologicznej siły, jest to bowiem zobojętniony wapniem kwas ortofosforowy powstały na drodze dalszego utleniania się niedotlenków pod wpływem światła, czy też nieodpowiedniego gatunku szkła.

Doświadczenia z zakresu biologji roślinnej wykazały (prof. biologji z Sofji *Popoff* i przyrodnik *Wl. Dzieduszycki*, Lwów „O wpływie soli odtleniających na życie i rozwój roślinnej komórki“), że podrażniona odtlenianiem pierwoszcz, nawet po następnem nasyceniu się tlenem do status quo ante, nie przestaje w dalszym ciągu samoistnie już utleniać się i to w spotęgowanym stopniu, o ile naturalnie nie jest zbyt zmienioną. To następcze energiczniejsze utlenianie się komórki, podnosi znacznie jej biologiczne wymiany [1]). Phosphacid, jako preparat pochłaniający tlen (niedotlenki i koloidalny mineralny fosfór), wywołuje w ustroju w całej rozciągłości wyżej wzmiankowane procesy w zwierzęcej komórce, jakie powstają przy jej odtlenianiu. I na tem polega jego odrębny wpływ leczniczy.

Na to jednak, aby taki typ leczniczego preparatu zrealizować, potrzeba było d-rowi *Romanowskiemu* długich lat pracy. Świadczyć by o tem mogły całe zastępy morskich świnek, szczurów i królików,

[1]) Uwidacznia ten odtleniający wpływ na roślinną komórkę *Wl. Dzieduszycki* swym doświadczeniem nad cebulkami hyacyntowymi. Odtleniane rozczynami soli Magn. Sulfur, albo magn. chlorata, czy też Kalium chlor. zapomocą jednorazowych wstrzyknięć w miąższ cebulki — wytwarzały przy udanym wstrzyknięciu rośliny znacznie wyższe od kontrolnych, o formie liści kliwii, o wspaniałym kwiecie i silnym aromacie.

które w początkach powstania Phosphacidu musiały paść ofiarą.

W ostatnim wyniku tych długich, żmudnych zabiegów Dr. *Romanowski* stworzył ten lek, który nie wywołując żadnych ubocznych niepożądanych powikłań, umiejętnie i ze zrozumieniem stosowany, daje bardzo korzystne wyniki.

Następnie praca D-ra *Romanowskiego* w wojskowo-medycznej akademji w Petersburgu pod dyrekcją prof. *Sirotinina*, jednego z najświatlejszych umysłów ówczesnego rosyjskiego świata lekarskiego, (1909 — 10) na klinicznym materjale sprawiła, że Phosphacid został oficjalnie zatwierdzony w Departamencie Medycznym, jako lek uzdrawiający ustrój w różnych schorzeniach.

Phosphacid w piśmiennictwie lekarskiem przedwojennem i obecnem.

Phosphacid wzbudził wielkie zainteresowanie wśród lekarzy doby przedwojennej. Począwszy od roku 1910 po przejściu jego przez klinikę Prof. *Sirotinina*, w Rosyjskich czasopismach lekarskich ukazało się wiele prac doświadczalnych i klinicznych, omawiających działanie tego środka.

Preparatem tym zainteresowali się również i lekarze z Zachodu. Między innemi przed kilku laty Dr. *E. Gyr* z Lozanny, omawiał w komisji sanitarnej w Genewie, działanie Phosphacidu w różnych postaciach gruźlicy. („*Un traitement chimiotherapique de la tuberculose*“ *Conference faite le 17 mai 1925 a la societè sanitaire dè Genève*). Jedna z poprzednich jego prac poświęcona była również Phosphacidowi: „*Le traitement des affections tuberculeuses par le deutoxydes de Phosphor*“ — *Exposé preliminaire par le Dr. Romanowski*). Z polskich prac tego czasu wymienić należy broszurę autora: „*Znaczenie lecznicze niedotlenionych związków fosforowych w przebiegu gruźlicy*“. Kraków 1911 r. W ostatnich czasach pojawiły się sprawozdania Dra *Kaliny*: trzy przypadki gruźlicy kręgosłupa u żołnierzy, oraz jeden przypadek gruźlicy stawu łokciowego, powikłanego licznemi przetokami. Chorych tych leczono bez skutku przez lat parę, wszelkimi w takich przypadkach stosowanemi zabiegami. Pod wpływem Phosphacidu dopiero nastąpiło wyzdrowienie w kilka miesięcy i to w zimie t. j. w najnieodpowiedniejszej porze roku u nas dla leczenia gruźlików. (Drugi oddział chirurgiczny I-go szpitala okręgowego. Starszy ord. Dr. Med. *M. Durante*). Tych byłych chorych przedstawiał Dr. *Kalina* na posiedzeniu naukowem Związku Przeciwgruźliczego I-ej sekcji sanitarnej T. W. W. w dniu 7 marca 1926 r. w szpitalu Okr. w Warszawie, patrz protokół „Lekarz Wojskowy“ Nr. I. 1927 r.).

Drugi przypadek (autora): Gruźlica stawu krzyżowo-biodrowego z opadowym ropniem na crista ossis ilsii. Po nieudanej operacji, mającej na celu wycięcie ogniska, co się okazało niemożliwe z powodu umiejscowienia się gruźliczej sprawy na wewnętrznej części tego stawu a także z przyczyny znacznego pogorszenia ogólnego stanu chorego (nacieki szczytów płuc, powikłania opłucnowe), przeprowadzono leczenie wyłącznie Phosphacidem. Po siedmiu miesiącach stosowania tego środka nastąpiło zupełne wyzdrowienie z unieruchomieniem (czasowem) stawu.

Odrębność Phosphacidu. Właściwość chemiobiologiczna Phosphacidu.

Rozpatrując leczniczy wpływ Phosphacidu, skutecznie działającego w wielu dolegliwościach, zaliczyć go należy do szeregu preparatów bodźcowych. (Omnicellularna aktywizacja *Weichardta*).

Ze względu jednak na skład chemiczny, Phosphacid pobudza życiowe wymiany pierwoszczy komórek zupełnie inaczej niż inne środki tej grupy, których chemiczny skład jest obcy ustrojowi. Prócz więc pobudzającego działania na czynność wszystkich komórek ustroju, uważać można Phosphacid jako rodzaj odżywki dla tych komórek.

Phosphacid D-ra *Romanowskiego*, jako preparat fosforowy, wskazany jest w tych przypadkach, w których ustrój cierpi na niedobór tego pierwiastka. Wywołane to bywa, czy to niedostatecznem, czy nieprawidłowem przyswajaniem fosforu, (co ma miejsce w cierpieniach przewodu pokarmowego zwykle towarzyszących gruźlicy), lub też obecnością w ustroju pewnych drobnoustrojów — jak prątki *Kocha*, krętki kiły i inne (ewentualnie trąd), działających destrukcyjnie na białko fosforowe; W obydwóch tych wypadkach podawanie doustnie fosforu i wapnia nie osiąga

celu. Tkanki takiego ustroju, pozbawione są wówczas najpotrzebniejszego, odżywczego budulca, niezbędnego dla procesu zdrowienia.

Łatwo więc zrozumieć przewagę takiego preparatu, jakim jest Phosphacid, który wprowadza do soków ustrojowoch chorego bezpośrednio te właśnie niezbędne dlań pierwiastki. Badania Prof. *Gilberta* i *Lipmana* wykazują, że związki inozytofosforowe (Phytyna i inne) tak skuteczne przy doustnym stosowaniu, o ile przewód pokarmowy potrafi je wchłaniać, nie mogą być podawane paranteralnie, powodują bowiem martwicę (Dr. *Krasuski*).

Pozatem trzeba mieć na względzie jeszcze jedną właściwość Phosphacidu. Wszystkie inne lecznicze preparaty, a w tej liczbie i fosforowe są chemicznie bierne. Na to, by wpływ leczniczy takich preparatów mógł się okazać, trzeba aby ustrój był jeszcze zdolny do zdobywania i uzupełniania owego niedoboru białkowo-fosforowo-wapniowych połączeń. Phosphacid natomiast wywiera swój wpływ leczniczy nietylko w takich warunkach. Dzięki swym czynnym farmako-dynamicznym składnikom, (fosfor i jego niedotlenki) lek ten wchodzi „par force", że się tak wyrażę, w życiową chemję pierwoszczy, nawet w daleko posuniętych cierpieniach, gdzie inne połączenia fosforowe, „zakończone", już nie działają.

Samo przez się rozumie się jednak, że są granice w chorobowych zmianach komórki, kiedy chemiodynamika Phosphacidu nie jest już w stanie skierować procesów życiowych komórki na drogę fizjoogiczną.

Phosphacid a gruźlica płuc.

U zdrowych Phosphacid wstrzyknięty podskórnie, lub domięśniowo, nawet w znacznej ilości n.p. 1,0 — 5,0 i więcej, daje uczucie rzeźkości, potęguje wrażliwość zmysłów i stwarza stan bardzo dobrego samopoczucia — euforji, trwającej przez kilka dni następnych. Natomiast w ustroju zagrożonym płucną gruźlicą, jawną lub ukrytą, zastosowanie małych dawek Phosphacidu, jak 0,1, a nawet 0,01 w daleko posuniętej sprawie chorobowej wywołuje po kilku godzinach, częściej zaś na drugi lub trzeci dzień, gorączkę wraz z innemi ogólnemi objawami, charakterystycznemi dla t. zw. „Tuberkulinowej reakcji".

Dr *Romanowski* określił tę nieuniknioną reakcję, powstającą pod wpływem Phosphacidu w płucnej gruźlicy — jako „autoendo-tuberkulinową", pochodzącą ze zwolnionych toksyn i rozpadu ciał prątków w leczonym tym preparatem ustroju. Obecny stan badań nad chemiobiologicznemi procesami, powstającemi w gruźliczym ustroju, nadaje tej reakcji inne przyczynowe określenie. Pod specjalnym wpływem Phosphacidu, bardzo wyraźnie (o czem później), następuje przyspieszony rozrost tkanki włóknistej w ogniskach leczonego ustroju. Widać to ad oculos w toczniu. Ten stan spotęgowanego bliznowacenia występuje wobec obajwów zapalnego odczynu, gdzie sam przez się ma miejsce rozpad schorzałych białkowych związków, nieobojętnych, jak wiadomo, dla podniesienia się ciepłoty. Prócz tego, jak dowiedziono, jad gruźliczego zakażenia, przeważnie płucnego, czyni koloidy osocza ustroju nadwrażliwemi (Koloidoklazja *Vidala*). Ta nadwrażliwość koloidów w daleko posuniętej płucnej gruźlicy powoduje wstrząs koloidalny — kłaczkowacenie — pod wpływem wprowadzonych parenteralnie postronnych bodźców, a w danym razie pod wpływem Phosphacidu. Wstrząs ten, określany mianem koloidoklastycznego odczynu, dawniej uważany był jako tuberkulinowa reakcja. Z dalszego logicznego zestawienia tych faktów wynika, że leczona Phosphacidem gruźlica płucna wtedy może być uważaną za zlikwidowaną zupełnie, jeżeli po stopniowym stosowaniu Phosphacidu — wstrzykiwania tego preparatu w dalszym ciągu w zwiększonych nawet dawkach 1,0 — 2,0 — 4,0 nie wywołują najmniejszych termicznych odczynów. Równoznaczne to jest, że bliznowacenie ognisk gruźliczych zostało zakończone i niema już rozpadu schorzałych białkowych drobin, a jednocześnie stan koloidów płucnego zakażenia zmienił się gruntownie na fizjologicznie zdrowy, taki, jaki jest udziałem zdrowych organizmów, niepodlegających tej infekcji.

Przebieg leczniczych wpływów Phosphacidu w sprawie chirurgicznego gruźliczego zakażenia ma zupełnie odmienny typ — co przedstawione będzie niżej.

Wobec tych właściwości Phosphacidu (odczyn w ukrytej gruźlicy) wynika konieczność próbnego wstrzyknięcia Phosphacidu przed rozpoczęciem leczenia tym środkiem. Taką próbną dawką, jak do-

świadczenie przedwojennych klinik wykazało, jest 1,5—2,5 dla mężczyzn, 1,0—1,5 dla kobiet. Jeżeli po 6 — 8 godzinach, a szczególnie na pierwszy lub drugi dzień po wstrzyknięciu tej dawki ciepłota nie podniesie się zupełnie, albo też nieznacznie ponad 37,0 — 37,1 i trwa tylko parę godzin, a następuie da się zauważyć dobre samopoczucie, a nawet euforja, wówczas można z całą pewnością twierdzić, że ustrój jest wolny od zakażenia gruźliczego, a szczególnie zaś utajonej gruźlicy płucnej.

Jeżeli natomiast chory po wstrzyknięciu Phosphacidu, jest rozdrażniony, czuje się niedobrze, to chociażby żadnych zmian w płucach nie udało się stwierdzić, a ciepłota po 6 — 8 godzinach podnosi się do 37,5 — 8, nazajutrz zaś wieczorem przekracza 38 — 38,5; na trzeci dzień wraca do normy, a nawet opada niżej — jest to dowodem, że chory cierpi na utajoną płucną gruźlicę. Może się jednak zdarzyć, że u niektórych podejrzewanych o utajoną gruźlicę ciepłota wcale się nie podniesie. W takich przypadkach, po tygodniu należy wstrzyknąć dawkę Phosphacidu o 0,5 wyższą od poprzedniej. Wówczas w razie obecności utajonej gruźlicy płuc, nastąpi charakterystycznna reakcja przy temperaturze 38,2 — 5 i wyżej.

Stan taki przeważnie sprzegamy w wieku młodym. Wszak statystyka wykazała, że około 90% schorzeń gruźliczych rozpoczyna się w wieku dziecięcym, a następnie w dalszem życiu organizmy ludzkie wciąż się borykają z tem niepożadanym towarzyszem współżycia. Niektóre z nich w pewnych odsetkach zostają zwyciężone i uledz muszą w tej walce. U innych zaś chemja życiowa daje sobie radę i w pewnym stopniu opanowuje nieprzyjaciela. Phosphacid zastosowany w młodym wieku i w tym właśnie przedgruźliczym okresie, stać się może ochroną i zabezpieczeniem na przyszłość. Gdy się uprzytomni wielce zachęcające wyniki, jakie spostrzegano w przeciągu kilkunastu lat u tych byłych gruźlików, którym za młodu, lub w latach dziecięcych stosowana była kuracja Phosphacidowa — powstaje mimowoli śmiała myśl, że w przyszłości, po ugruntowaniu leczniczego znaczenia tego preparatu w świecie lekarskim, — chorować będą na gruźlicę tylko ci, u których tym środkiem nie została usunięta w młodości owa symbioza prątka gruźliczego. Phosphacid bowiem, jak wyżej wspomniano, doprowadza pierwoszcz komórki swoją odżywczą farmakodynamiką do stanu biologicznie normalnego i chemicznie zakończonego. Staje się ona nieodpowiednią dla dalszego współżycia zarazka gruźliczego, jak to ma miejsce w każdym zupełnie zdrowym organiźmie.

Taką samą drogą prowadzi i ten sam cel osiąga „vis medicatrix naturae“ w samowyleczeniu się w tej samej infekcji.

Chemiobiologiczny wpływ Phosphacidu szczególnie w gruźlicy płucnej najwyraźniej daje się zauważyć w zmianach ciepłoty, po każdem wstrzyknięciu tego środka. Dlatego należy obserwować ciepłotę chorego, przez cztery, pięć dni, mierząc ją cztery razy na dobę w tych samych godzinach, zarówno przed rozpoczęciem leczenia, jak i w czasie jego przebiegu.

Po próbnych wstrzykiwaniach należy przeczekać mniej więcej tydzień, aby chemja życiowa badanego ustroju, po interwencyi Phosphacidu, przyszła do stanu quo ante, co się wyraża powrotem temperatury poprzedniej. Wtedy rozpoczynać należy l e c z n i c z e wstrzykiwanie.

Próbna dawka Phosphacidu ujawnia obecność nietylko toksyn prątków gruźliczych w badanym ustroju, ale także wskazuje na powikłania gruźliczego zakażenia przez inne chorobotwórcze drobnoustroje. Silny autotuberkulinowy odczyn w takich przypadkach (temp. 39,0 — 5 i wyżej), świadczy o mieszanem zakażeniu. Jest on wskaźnikiem wielkości, a raczej minimalności (0,01 — 0,05) pierwszej dawki Phosphacidu, którą można stosować w takich ciężkich stanach. W płucnej gruźlicy lek ten należy stosować przeważnie w przypadkach o charakterze włóknistym: a więc w pneumonia chronica interstitialis, w bronchopneumonia chronica, w tuber. fibrosa, w przewlekłych sprawach okołooskrzelowych i wogóle w płucnych gruźlicach do III stopnia podług klasyfikacji Turbana. W bardzo zaawansowanej płucnej gruźlicy (III kategorja Turbana) — najmniejsza już autotuberkulinowa reakcja, dodana do trwającej stale u takich chorych, pogarsza stan i tak już niebezpieczny. W tych wypadkach Phosphacidu stosować nie należy.

Przystępując do leczenia płucnej gruźlicy Phosphacidem, należy uprzedzić chorego o długotrwałem leczeniu, ciągnącem

się mniej więcej kilka lub kilkanaście miesięcy. Nie można bowiem prędko zmienić patologicznego biogenu komórki na fizjologiczny, tembardziej, że „zwalniane tym lekiem endotoksyny gruźlicze" przeszkadzają ozdrowieńczym wpływom tego leku, hamując ich tempo.

Gdyby potwierdzone zostały nadzieje, jakie *Moelgaard* czy *Jasset* przywiązują do swych surowic, jakoby neutralizujących toksyny gruźlicze, wówczas ułatwiłoby to leczenie Phosphacidem. Możnaby było wtedy stosować w każdym przypadku gruźlicy płucnej większe dawki tego preparatu, jak to ma miejsce przy leczeniu Phosphacidem gruźlicy chirurgicznej. To samo, co o tych wyżej wspomnianych surowicach, należy powiedzieć i o innych preparatach jak metylowy antygen *Bauquetta*, *Negera*, albo szczepionka *Vaudramera*, pod których wpływem mają powstawać u gruźlików „niweczniki" tuberkulinowej reakcji. Ustrój wówczas zwalczałby łatwiej i prędzej gruźlicę płuc, pod działaniem fizjologicznem Phosphacidu na takim tle stosowanego.

Nim jednak to nastąpi, należy postępować bardzo oględnie z dozowaniem Phosphacidu w daleko posuniętej gruźlicy płuc stosując bardzo małe dawki (od 0,001 — 0,01 — 0,02 — 0,05), stosownie do siły odczynu ustroju chorego. Stąd mimowoli nasuwa się wniosek, że przy leczeniu Phosphacidem gruźlicy płuc, trzeba kierować się temi samemi wskazaniami i zachowywać nie mniejszą ostrożność, jaką zachowuje się przy leczeniu tuberkulinami. W ciężkich przypadkach pozostawać należy przy małych dawkach przez czas dłuższy (pięć, dziesięć wstrzyknięć z rzędu w pewnych odstępach czasu (o tem niżej).

Gdy się jednak uwidoczni wpływ Phosphacidu t. j. gdy procent hemoglobiny podniesie się znacznie wyżej od tego, jaki był na początku leczenia, gdy ciepłota naogół nieco się zmniejszy, a samopoczucie stanie się lepsze, rozpoczynać należy zwiększanie dawki Phosphacidu. Pod ozdrowieńczym jego wpływem gruźlica płucna, będąca w pewnym stopniu rozwoju, zostaje pokonana, znikają autotoksyny i dalsze wstrzykiwania Phosphacidu nie wywołują już autotuberkulinowej reakcji w leczonym ustroju, zarówno jak w zdrowych organizmach.

Cały system chemiobiologicznego leczenia Phosphacidem w gruźlicy płuc polega na zastosowaniu odpowiedniej dawki tego leku, w każdym poszczególnym przypadku. A więc, jeżeli podczas leczenia, po zastosowaniu pewnej dawki ciepłota podniesie się znacznie wyżej (do 39,5), oznacza to, że dawka Phosphacidu była zbyt wielka. Za dużo zwolnionych endotoksyn wywołało za silny i wielce szkodliwy odczyn ze strony pierwoszczy. Należy w takich razach przeczekać dni kilka (5 — 10) do ustąpienia wszelkich wspomnianych objawów i rozpocząć wstrzykiwania takich dawek, jakie nie dawały widocznych odczynów. Zwykle bywa nią połowa ostatniej zbyt wielkiej dawki. Od niej stopniowo powiększa się dawkę mniejszemi już ilościami Phosphacidu (0,05 — 0,2).

W przypadkach, kiedy stosowane dawki nie powodują podniesienia się ciepłoty, lecz przeciwnie, przyczyniaja się poniekąd do jej opadania — pozwala to śmielej powiększać ilości Phospacidu (0,1 — 0,2 — 0,3) w następnych kolejnych wstrzyknięciach.

Zdarza się często, że pewna ilość Phosphacidu wywołuje w leczonym ustroju nieznaczny i krótko trwający skok w temperaturze. W takich przypadkach należy tę samą niepowiększoną dawkę wstrzykiwać kilka razy zrzędu, póki ustrój nie przestanie reagować podniesieniem ciepłoty.

Dawki Phosphacidu w gruźlicy płuc stosuje się w następujących odstępach: małe od 0,1—0,3 co trzy dni, na czwarty, nie licząc dnia wstrzyknięcia Ten czas okazał się niezbędnym (kliniki rosyjskich uniwersytetów) dla zakończenia chemiofizjologicznych procesów wywołanych Phoschacidem (wzór krwi).

Dawki 0,4 - 0,6 co cztery dni na piąty
„ 0,7 — 0,9 z pięciodniowemi przerwami
„ 1,0 stosuje się raz na tydzień
„ 2,0 raz na dziesięć dni
„ 3,0 raz na trzy tygodnie
„ 4,0 — 5,0 raz na miesiąc.

Jednak wobec indywidualnych właściwości ustroju każdego chorego, a także siły i natężenia sprawy gruźliczej, nieznaczne skracanie, lub przedłużanie odstępów czasu między wstrzyknięciami, może się stać potrzebne.

Obok poprawy samopoczucia chorego i spadku ciepłoty, oraz poprawy obrazu krwi, drugim objawem dodatniego wpływu odpowiedniej dawki Phosphacidu jest polepszenie się apetytu.

Chorzy, którzy najmniejszego łaknienia nie odczuwali, zaczynają jeść z wielką chęcią, tak, że trzeba nawet powstrzymywać ich od przekarmienia się, by uniknąć powikłań ze strony przewodu pokarmowego.

Zdarza się jednak u pewnej kategorji gruźliczych chorych zupełny zanik łaknienia, pomimo Phosphacidu i stosowania odpowiednich środków (goryczki, acidol pepsin, takadiastazy, orexiny i t. p.) Wielce pomocny okazał mi się w takich razach „persodin *Lumière'a*", który w ustroju, podobnie jak Phosphacid, utlenia.

Trzeci wyraz działania Phosphacidu, to wagą chorego. Przy należycie prowadzonem leczeniu, waga ciała powinna przybywać i co tydzień daje się to stwierdzić. Najmniejsze zaś zaburzenie w chemji życiowej, czy to wskutek przeziębienia, czy też z powodu zbyt wielkiej dawki Phosphacidu, a co za tem idzie zbytniem na nią zareagowaniem, odbija się natychmiast na utracie wagi.

Czwarty przejaw działania odpowiedniej dawki tego preparatu na ogólny stan gruźlika — to zmiana charakteru plwociny, nawet jej wyglądu zewnętrznego: staje się ona więcej śluzowa, łatwiejsza do odpluwania, a kaszel mniej spazmatyczny.

Jednak taka odpowiednia w danym wypadku dawka Phosphacidu, stać się może zupełnie nieodpowiednią dla leczonego ustroju z chwilą wkroczenia postronnego zakażenia n. p. grypowego. Wtedy bakteryjna flora plwocin znacznie się powiększa i plwocina zmienia swój wygląd. Staje się ona więcej ropną, często koloru malinowego, co wskazuje na przekrwienie ognisk gruźliczych. Mikroskop wykazuje w niej obfitość czerwonych krwinek. Jest to przestroga przed możliwym krwotokiem płucnym przy dalszym prowadzeniu leczenia w tym tempie. Wynika stąd konieczność zaniechania dalszych wstrzyknięć, aż do chwili ustąpienia tych wszystkich objawów.

Opisany powyżej wygląd plwociny powstaje jednocześnie ze silnym ogólnym odczynem autotuberkulinowym, którego natężenie (wysoka ciepłota) spotęgowana została wyzwolonemi przez Phosphacid toksynami nowego zakażenia. Stosowane w takich przypadkach środki przeciwgorączkowe przynoszą ulgę choremu (np. Cryogenina).

Ze względu jednak na tło gruźlicze chorego, te wszystkie środki przeciwgorączkowe uważane były jako malum necessarium, zmniejszające drugie zło: zbyt wysoką i zbyt długo trwającą temperaturę z jej niepożądanemi następstwami. W preparacie *Lumiera* cryogenina, jak udowodniły prace samego *Lumiera* i innych klinicystów: *Dumarest'a Carrier'a A. Robin, Huchard'a* — mamy najodpowiedniejszy środek do zwalczania wysokiej ciepłoty u gruźlików wogóle. Preparat ten nie wywołuje u nich żadnych ubocznych objawów, a podawany w odpowiednich godzinach, utrzymuje cieplotę w pewnych niewysokich granicach. Sprzyja to wielce podniesieniu ducha u chorych, a jednocześnie nie przeszkadza chemji życiowej, gdyż chorym przybywa na wadze, nawet przy stałym stosowaniu cryogeniny. Prócz tego, jako specyfik antygrypowy, antyreumatyczny cryogenina stać się musi środkiem wielce pomocniczym przy leczeniu Phosphacidem płucnych i chirurgicznych gruźliczych chorych, nawet w razie wywołania Phosphacidem silnych tuberkulinowych reakcji.

Badanie obrazu krwi mówi nam o zmianach, jakie pod wpływem Phosphacidu powstają w ustroju gruźliczym.

Wiadomem jest że krew jest niejaką zwierciadłem, gdzie się odbija wszelka walka organizmu z infekcją i gdzie też z tego powodu równocześnie powstają pewne zmiany w hemologicznym wzorze czyli w obrazie krwi. Najlepiej daje się to zauważyć w morfologicznym wyglądzie białych ciałek krwi i w ich wzajemnem, procentowem zestawieniu.

Jeżeli w obrazie krwi gruźlika widzimy przewagę leukocytów nad limfocytami, wówczas rokowanie jest niekorzystne. Jeżeli przytem leukocytoza składa się tylko z myelocytów i młodych jednojądrzastych (pałeczkowatych) neutrofilów oraz ich form przejściowych, przemawia to za znaczniejszem wyczerpaniem się szpiku kostnego w walce z gruźlicą. Prognosis dubia: taki stan chorego nie nadaje się do leczenia Phosphacidem.

Najlepiej nadają się do leczenia Phosphacidem ci chorzy, których wzór hematologiczny krwi posunięty jest nieco wprawo. W obrazie stwierdza się wtedy limfocytozę z monocytami, temi „prawdziwemi fagocytami," jak ich określają;

z eozynofilami, niosącemi ochronne antytoksyczne ciała, i wreszcie, z neutrofilami segmentowanemi. Taki obraz krwi cho rego na gruźlicę płuc, daje dobre rokowanie dla leczenia Phosphacidem.

Dla oznaczenia stopnia czynności gruźliczej sprawy, miało wielkie znaczenie według teoryi *Arnetha*, określanie wyglądu neutrofilów. Albowiem zauważono, że w początkowych już okresach gruźlicy przy podgorączkowym stanie chorego, wpływ toksyn gruźliczych ujawnia się w zwiększeniu liczbowem jednojądrzastych neutrofilów do 12%, a nawet do 20%, zamiast normy 5% — 7%. Przy dalszym rozwoju procesu chorobowego, procent ten znacznie się podwyższa. Dopiero przy stopniowem opanowaniu choroby zwiększa się liczba dojrzałych wielojądrzastych, segmentowanych neutrofilów, na niekorzyść liczby młodych, pałeczkowatych.

Te zmiany w wyglądzie neutrofilów służyły wogóle do orjentowania się tak przy tuberkulinowem, jak i przy sanatoryjnem leczeniu gruźlicy płuc.

Stosowanie Phosphacidu w gruźlicy teorji tej nie potwierdza. Wpływ bowiem jego na jądro komórek tak wcześnie się objawia, że segmentacja neutrofilów następuje nawet wtedy, kiedy jeszcze daleko do ogólnej poprawy zdrowia, kiedy wszystkie inne podmiotowe i przedmiotowe zmiany niczem nie zdradzają pewności wyzdrowienia. Nie znaczy to jednak, aby bardziej szybkie dojrzewanie neutrofilów pod wpływem Phosphacidu nie miało dodatniego znaczenia. Już sam fakt tego zjawiska stwierdza, że wzmocnione narządy krwiotwórcze wstąpiły na fizjologiczną drogę swej życiowej pracy. Nie jest to jednak absolutnym wskaźnikiem, jak twierdził *Arneth*, że zakażenie jest już opanowane.

Właściwym zwiastunem ozdrowieńczego stanu gruźlika w prognostycznem znaczeniu są następujące zmiany krwi pod wpływem leczenia Phosphacidem: procent hemoglobiny szybko narasta; już w początkach sięga do 90% i wyżej; następnie odsetek eozynofilów wzrasta, a nawet przechodzi w stan prawdziwej eozynofilji. Jest to wskaźnikiem, jak wiadomo, spotęgowania ochronnych ciał, a więc biologicznych sił leczonego ustroju.

Samo przez się rozumie się, że w walce z gruźlicą biorą udział nietylko wyłącznie komórki krwi, ale wszystkie komórki ustroju, ciecze ustrojowe. Tak więc układ siateczkowo-śródbłonkowy (SS), jak wiadomo odgrywa wogóle wielką rolę w mobilizowaniu ochronnych sił: pod wpływem Phosphacidu, znacznie się wzmagają jego biologiczne właściwości, jak fagocytoza i tworzenie przeciwciał (allergja). Występuje wtedy we krwi monocytoza, pochodzenia siateczkowego. Siły ochronne ustroju, podniecone przez Phosphacid przyczyniają się znacznie do walki z gruźlicą.

Co do stanu koloidów w organizmie, Dr. *Akacatoj* w swej pracy *„o dodatnim wpływie Phosphacidu na koloidy w gruźliczym ustroju“* (*Ruski Wracz Berlin i Wraczebnoje obozrenje Berlin*) zaznacza, że chwiejność i niestałość koloidowa w gruźlicy podtrzymywana jest uczulającemi ustrój białkami, pochodzącemi z prątków *Kocha*. Anafilaktyczny stan u tego typu chorych sprzyja rozwojowi samego cierpienia. Pod wpływem zaś Phosphacidu ustępuje chwiejność i niestałość koloidów ustrojowych, czyli wraca prawidlowy fizykalny stan humoralny. Zjawisko to jest niezmiernej wagi i znaczenia dla utrzymania normalnych życiowych czynności komórek. Dr. *Akacatoj* przypisuje wszechstronność wpływów leczniczych, powstających przy stosowaniu Phosphacidu, całkowicie i wyłącznie tym fizjologicznym przeistoczeniom koloidów ustrojowych.

Ta myśl, co do znaczenia niezbędnego, normalnego stanu humoralnych płynów w ustroju, dla prawidłowych przejawów życiowych, znajduje jasne wytłomaczenie i pogłębienie w rozmaitych pracach wielu autorów, między innemi *Kopaczewskiego*, *Lumiera* i innych.

(C. d. n.)

S T R E S Z C Z E N I A

CHOROBY WEWNĘTRZNE.

Anafilaksja kliniczna w Stanach Zjednoczonych. (L'anaphylaxie clinique aux Etats Unis.). K. Richet Fils. *Soc. Méd des Hôpit, de Paris, Nr. 28, r. 1929.*

W niniejszej pracy autor zdaje sprawę z obserwacji poczynionych w Stanach Zjednoczonych nad badaniami klinicznemi i leczeniem stanów anafilaktycznych. Jako prototyp choroby anafilaktycznej uważają amerykanie dychawicę oskrzelową, której napady wywołane są przez wdychiwanie pyłków, zwłaszcza roślin. Częstość tej postaci dychawicy podają autorowie na 1% ogólnej liczby ludności. Wyniki swych badań autorowie amerykańscy ujęli w tablice tak, że gdy znamy miejsce pochodzenia i datę wystąpienia tego cierpienia, wówczas wahamy się tylko w wyborze trzech do czterech roślin, których pyłki mogły wywołać to cierpienie. Dalsze badania autorów amerykańskich są równie ścisłe co do pochodzenia dychawicy, wywołanej sierścią zwierząt, pierzem z poduszek, pyłem pokojów mieszkalnych i t.p. jak też i pochodzenia pokarmowego. Według tych autorów znacznie rzadsze są napady dychawicy pochodzenia bakteryjnego, względnie odruchowego w schorzeniach nosa. Znaczna część przypadków pokrzywki (60% do 90%), eczema i pewnych innych chorób skórnych należy do stanów allergicznych, podobnie jak dychawica. Zaburzenia natury nerwowej, wywołane przez stany allergiczne są przez autorów amerykańskich mniej badane, choć i oni nieraz przyznają tę naturę przewlekłym bólom głowy, migrenie, pewnym przypadkom padaczki. Podobnie niedostatecznie, według autora, oceniana jest rola zaburzeń przewodu pokarmowego pochodzenia anafilaktycznego. Natomiast *Duke* wykazał anafilaktyczną naturę pochodzenia niektórych zaburzeń pęcherza moczowego i nerek. Naogół autor stwierdza, że w znacznej części podobne badania jak w Ameryce były dokonane i we Francji.

Szczególne wyniki, jakie autorowie amerykańscy otrzymali w omawianej dziedzinie należy, odnieść do organizacji, do częstej i na szeroką miarę stosowanej reakcji skórnei i sródskórnei oraz do ich sposobów leczniczych.

Znaczna część lekarzy, w prywatnej praktyce korzysta z pomocy kilku sekretarzy (1 do 3), pielęgniarek (1 do 4), młodszego lekarza oraz z pomocy stałej chemika i botanika. Dzięki tej organizacji leczeuie 50-ciu do 60-ciu chorych dziennie, a w niektórych okresach i 80-ciu chorych dziennie jest możliwe; dzięki też temu specjalizacja pod tym względem stoi tam bardzo wysoko, a poszczególni specjaliści rozporządzają ogromną statystyką.

We Francji stosuje się do reakcji skórnych pokarmy naturalne, jak n.p. jaja, wieprzowinę i t. p.; w Stanach Zjednoczonych zaś stosują poszczególne białka w postaci wyodrębnionej, i to w znacznej ilości tak, że na jednem posiedzeniu chory podlega 40-tu do 50-ciu reakcjom skórnym, wykonanym podobnie jak odczyn Pirquet'a, lecz z rozmaitemi gatunkami białek. Z różnych względów odczyny te są powtarzane lub uzupełniane tak, że niejednokrotnie liczba poszczególnych białek, użytych do tych odczynów, dochodzi do 400. Dalsze doświadczenia wykazały, że korzystnem jest stosowanie mieszanin odpowiednio zgrupowanych rodzajów białek do poszczególnych reakcji. W ten sposób można szybciej wykluczyć białka nieczynne i wyodrębnić poszukiwany gatunek białka. Co się tyczy materjału używanego do reakcji skórnych, stosują w Ameryce nieraz preparaty fabryczne, przed zastosowaniem których we Francji autor przestrzega ze względu na to, że odrębne pochodzenie tych antygenów okazuje się niejednokrotnie nie do zastosowania w Europie. Zresztą i w Ameryce lekarze stosują chętnie antygeny przez siebie wytwarzane.

Wyniki skórnych odczynów odczytuje się po 20 minutgch oraz po 24 godzinach, niekiedy tylko po 6-ciu godzinach i oznacza się za pomocą krzyżyków, podobnie jak w odczynie Pirqueta. Skoro skórne odczyny są ujemne, autorowie amerykańscy stosują odczyny doskórne. natomiast nigdy nie stosują odczynów ocznych, gardlanych, ani też odczynów na anafilaksję bierną w doświaczeniach na zwierzętach.

W leczeniu anafilaksji pochodzenia p o k a r m o w e g o, amerykanie unikają raczej podawania szkodliwych pokarmów (n.p. mleka, jai i t.p.), natomiast bardzo rzadko każą swoim chorym przyjmować małe ilości substancji szkodliwej, względnie peptonu na pewien czas przed właściwym posiłkiem (dla wywołania antianafilaksji). Równie rzadko stosują leczenie uodporniające w tych przypadkach.

W cierpieniach anafilaktycznych wywołanych w d e c h i w a n i e m antygenu w postaci pyłku, lekarze amerykańscy starają się o ile możności chronić chorego od tego wpływu, usuwac z iego pobliża czy to zwierzęta, czy też rośliny, poduszki i t.p. zależnie od wyniku reakcji skórnej. Stosują także i odosobnienie chorego w pokoju, zbudowanym systemem Storm van Leuwan'a, w którym to pokoju powietrze jest sterylizowane, osuszone i pozbawione pyłu. O ile powyższe sposoby leczenia nie dają się przeprowadzić, wówczas dopiero stosują leczenie uodporniające, wstrzykują rozczyny coraz silniejsze tych antygenów, na które chory wykazał wrażliwość. Naogół leczenie takie obejmuje 12 do 15 wstrzyknięć; uzyskanę uodpornienie trwa około roku. Po upływie roku trzeba ponowin to leczenie zapomocą 5 do 6 wstrzyknięć w przypadku dychawicy sezonowej, należy je rozpocząć na 6 tygodni przed spodziewanym wystąpieniem napadów.

Walker i *Rockemann* w niektórych przypadkach stosują wakcynę nieswoistą, szczególnie wakcynę strepto, stafilo i pneumokokkową.

Wyniki leczenia uodporniającego dają około 33% wyleczenia oraz 33% wyraźnej poprawy. Co się tyczy leczenia środkami farmakologicznymi, stosują

bardzo często adrenalinę, rzadziej efedrynę, natomiast prawie zupełnie niestosują atropiny, chyba w połączeniu z efedryną lub adrenaliną. W zaniedbaniu znajduje się leczenie przy pomocy wód mineralnych oraz hematoterapji.

W dyskusji *Flandin* nie dowierza statystyce amerykanskiej co do częstości chorób natury anafilaktycznej. Nie sądzi bowiem, aby dostatecznym dowodem anafilaktycznej natury jakiegoś cierpienia była dodatnia reakcja skórna na jedno lub kilka ciał z sześciuset antygenów, stosowanych w Ameryce. Wyniki lecznicze zdają się równie przemawiac przeciw tak szerokiemu ujęciu anafilaksji.

Armand-Delille jest zdania, że należy wcześniej rozpoznawać dychawicę u dzieci przy pomocy odczynów skórnych i starać się je uodparniać.

Comby uważa, że naistotniejszym czynnikiem w powstawaniu napadów dychawicy jest podłoże ustrojowe, pewnego rodzaju idiosynkrazja dziedziczna, którą się stwierdza u wszystkich tego rodzaju chorych. Sam napad może być wywołany przez najrozmaitsze czynniki, nie tylko przez wdychiwany pył roślin i t.p. I tak napad mogą wywołać także rozmaite wonie, pył, pokarmy, wilgoć, zimno, zmęczenie i czynniki psychiczne. Oczywiście, iż należy usuwać przyczyny napadów, a leczenie uodporniające może być korzystne, nie należy się jednak oddawać złudzeniom, że tą drogą zmienimy podłoże.

Armand-Delille nie zapatruje się tak pesymistycznie na leczenie astmy, jak *Comby* i mniema, że odpowiednie leczenie i warunki życia mogą korzystnie wpłynąć na dalszy rozwój dzieci dotkniętych dychawicą.

Z powodu pracy K. Richet fils p. t. „Anafilaksja kliniczna w Stanach Zjednoczonych". (A propos de la communication de M. Charles Richet fils sur „L'anaphylaxie aux Etats Unis"). Pasteur Vallery-Radot. *Soc, Méd. des Hôpit. de Paris Nr. 29.*

Autor przypomina swoje prace, dotyczące problemu anafilaksji, które prowadzi i ogłasza od lat ośmiu. Autor sądzi, że jest zbędną rzeczą systematyczne wykonywanie reakcji skórnych u każdego chorego na dychawicę, pokrzywkę lub migrenę, jak to czynią w Ameryce. Reakcje te autor wykonuje tylko w tych przypadkach, w których wywiady wskazują na istnienie nadwrażliwości, ponieważ jest ogólnie znanem, że bardzo wiele czynników wywołuje napady, szczególnie zaś wpływy psychiczne, nagłe zmiany atmosferycznych warunków, barometrycznych i t. p. Istnieje bowiem nieraz jakgdyby słaby punkt w płucach, który powyższe czynniki zdają się drażnić. O ile zaś chory dostaje napadów dychawicy tylko w nocy lub tylko w jednym pokoju, czy po zetknięciu się z jakiemś zwierzęciem i t. p., wówczas należy wykonać reakcję skórną, oczywiście z kilkoma tylko antygenami a nie z 40-toma lub 50-cioma, jak to czynią amerykanie. Do tego celu, według autora, nadają się antygeny sporządzone z wyciągów z szerści końskiej, z pierza ptactwa domowego, z wełny oraz z pokarmów, jak np. mąki, białka i żółtka kurzego, z białka mleka, kartofli, mięsa wołu, barana, cielęcia, wieprza. W rzadkich przypadkach można stosować i inne antygeny.

Co do częstości odczynów skórnych dodatnich w dychawicy, pokrzywce, eczemie, migrenie, pewnych przypadkach padaczki i zespołu *Ménière'a*, które stwierdzali lekarze amerykańscy, autor sądzi, że zaliczano do dodatnich odczynów także i odczyny t. zw. erytematyczne. Podług własnej statystyki autor przypuszcza naturę anafilaktyczną w 35.4% przypadków dychawicy oskrzelowej; następnie w 30.6% przypadków napadowego nieżytu nosa; w 30,9% przypadków pokrzywki; w migrenie tylko jeden przypadek wykazał dodatni wynik skórnej reakcji; natomiast w gorączce siennej dodatni wynik skórnej reakcji wobec pyłu roślinnego wystąpił w 99.4% przypadków.

Już przed czterema laty autor podkreślał, że wrażliwość na skórne odczyny nie dowodzi istnienia wrażliwości całego ustroju na dany antygen. Tem tłumaczy się paradoks, że napady astmy występują u niektórych chorych pod wpływem całkiem innych czynników niż te, na które zdaje się wskazywać skórny odczyn. Następnie wrażliwość na dany antygen może być jednym lecz, nie jedynym czynnikiem wywołującym napad. Dlatego skórna reakcja jest tylko wskaźnikiem, a dopiero dodatni wynik postępowania leczniczego potwierdza przypuszczenie o naturze napadu. Autor jest przeciwnikiem stosowania odczynów doskórnych, które z jednej strony mogą być przyczyną błędu rozpoznawczego, z drugiej zaś strony mogą wywołać ogólne i to dość ciężkie objawy. Dlatego też w leczeniu autor stara się przedewszystkiem usunąć czynnik, wywołujący napady; uodparnianie swoiste stosuje autor przy pomocy metody skórnej a nie zapomocą wstrzykiwań, jak to czynią amerykańscy autorowie. W przypadkach anafilaksji pokarmowej, autor podaje szkodliwe substancje drogą doustną w dawkach stopniowo wzrastających. Wreszcie autor sądzi, że nie należy zaniedbywać uodparniania niespecyficznego.

Zgłębnikowanie dwunastnicy w leczeniu mocznicy. (Le drainage duodènal dans le traitement de l'urèmie). C. Auguste. *Soc. Méd. des Hôpit. de Paris. Nr. 30, r. 1929.*

Jednem z zasadniczych wskazań leczenia mocznicy jest ułatwienie wydzielania ciał toksycznych Z początku leczenia dzieje się to zapomocą krwiupustu i przeczyszczenia. Oba te sposoby w przewlekłej mocznicy nie mogą być zbyt często stosowane. Wprawdzie trzeba tu nadmienić, że w ostatnich czasach zalecano powtarzane upusty krwi, stosując następnie wstrzykiwania tych samych krwinek lub nawet osocza z powrotem do krwiobiegu, po usunięciu z nich ciał toksycznych, zdolnych do dializy. Tego rodzaju postępowanie wydaje się jednak trudne a często i ryzykowne. Autor proponuje stosowanie zgłębnikowania dwunastnicy, które pozwala na usunięcie pewnych ilości ciał toksycznych w przebiegu mocznicy, Z badań autora, ogłoszonych poprzednio, wynika, że ilość chlorków w zawartości dwunastniczej jest wyższa w mocznicy, niż u człowieka normalnego. Poziom chlorków w tej treści utrzymuje się nawet wyżej, aniżeli w moczu. Ilość mocznika i substancji azotowych uwolnionych przez podbromian wzrasta w zawartości dwunastnicy zależnie od poziomu tych ciał we krwi chorego; przyczem odsetkowa liczba omawianych ciał utrzymuje się w płynie dwunastniczym na wysokości nieco niższej, niż we krwi. Również ogólna ilość zawartości dwunastnicy w przypadkach mocznicy jest wyższa, aniżeli u ludzi zdrowych. I tak np. u ludzi zdrowych ilość treści dwunastniczej, wydobyta przy pomocy zgłębnika dwunastniczego wynosi 60 do 70 ccm na godzinę; u ludzi chorych na mocznicę autor wydobywał 500 do 1000 ccm w ciągu czterech godzin i to każdego dnia w czasie kilku ty-

godni, co odpowiada ilości 125 do 250 ccm na godzinę.

Z tych badań wynika, że zapomocą zgłębnika dwunastniczego można z łatwością każdego dnia wydobyć u chorych mocznicowych około 1 litr płynu, zawierającego 7 do 8 gr. chlorku, oraz taką ilość ciał azotowych, jaka się znajduje w litrze krwi.

Co się tyczy chlorków, to usunięcie z ustroju tak poważnej ich ilości może wywołać ujemne skutki, o ile nie chodzi o przypadki chloricemii. Dlatego to autor proponuje dodawanie do pokarmów nieco soli kuchennej dla chorych mocznicowych nie wykazujących zatrzymania chlorków.

Leczenie zapomocą codziennego zastosowania zgłębnika dwunastniczego autor przeprowadził w czterech przypadkach mocznicy i to w ostanim okresie przewlekłego zapalenia nerek. Autor uważa, że ci chorzy w krótkim czasie, według wszelkiego prawdopodobieństwa byliby zmarli. Leczenie zapomocą stałego zgłębnikowania dawało poprawę ogólnego stanu i obniżenie poziomu mocznika we krwi. W tych wszystkich przypadkach mimo to jednak nastąpiło zejście śmiertelne, ale dopiero po upływie szeregu tygodni.

Autor jest świadom względnie nikłego wyniku swych pierwszych doświadczeń na tem polu, podkreśla jednak ulgę, jaką ci chorzy odczuwali z powyższego sposobu leczenia oraz sądzi, że to leczenie może dać znacznie lepsze wyniki w przypadkach ostrego zapalenia nerek, bezmoczu wywołanego uwięzgnięciem kamienia a może także przy zmniejszonem wydzielaniu moczu u chorych na choroby serca.

Co się tyczy techniki zgłębnikowania, autor podkreśla konieczność, aby oliwka zgłębnika była w bezpośredniem sąsiedztwie przewodu *Vatera*, korzystnem jest także łagodne pompowanie treści dwunastniczej zapomocą strzykawki. Chorzy bardzo szybko uczą się zgłębnikowania tak, że sami zakładają sobie zgłębnik po zbudzeniu się i utrzymują go parę godzin aż do śniadania. Autor nie zauważył żadnych ujemnych skutków stale powtarzanego zgłębnikowania ani na przewód pokarmowy, ani też na wygląd i woń stolców.

Z. Gorecki.

CHIRURGJA.

Przyczynek do leczenia ran — wpływ proteinoterapji (Contribution à l'etude de la cicatrisation des plaies en général — mode d'action des protéinothérapies). Belin. *La Presse Méd. Nr. 3, styczeń 1930.*

Badania, przeprowadzone w ostatnich latach przez różnych autorów nad mechanizmem gojenia się ran jałowych, doprowadziły do wykrycia tych wyników, które grają tutaj rolę główną.

R. Leriche rolę decydującą w procesie gojenia się ran jałowych przypisuje przekrwieniu czynnemu, jakie towarzyszy stale każdemu przecięciu tkanki. *Lacapere* uważa owe przekrwienie czynne jedynie za czynnik dodatkowy, wzmagający leukocytozę miejscową, główną rolę w gojeniu się rany przypisując zwiększonej ilości białych ciałek jednojądrzastych, które przekształcają się w ranie w fibroblasty i w ten sposób przyspieszają jej zabliźnienie się.

Carrel zwrócił uwagę na wpływ wyciągów z tkanek zarodkowych na zwiększanie się ilości fibroblastów (przez szybsze ich mnożenie się), przyczem składnikiem działającym są tutaj t. zw. „tréphones", znajdujące się również w białych ciałkach krwi a zwłaszcza w limfocytach, z któremi zostają zaniesione do rany. Podobne zupełnie działanie okazują następujące środki, wprowadzone do ustroju drogą pozajelitową: Witte-pepton, proteozy, mleko (np. w leczeniu wrzodu trawiennego żołądka), terpentyna, drobne ilości ropy, niektóre odmiany gronkowców, powodujące zwiększenie leukocytozy i inne.

Wreszcie, *Miyagawa* wykazał, że wstrzyknięcie danemu osobnikowi wyciąg u z pewnych tkanek lub pewnego narządu działa pobudzająco na jego narządy homologiczne (np. wyciąg z nerek na nerki i t. p.), ale tylko w dawkach niewielkich, gdyż dawki większe powodują powstanie w odpowiednich narządach zwyrodnienia, a nawet obumarcia. Tem działaniem swoistem wyciągów tkankowych, wytworzonych czyto poza ustrojem, czy też w samym ustroju, tłumaczy się fakt, że rany goją się wyjątkowo szybko u tych osobników, u których uprzednio były inne rany, obecnie już zagojone.

Autor w celach doświadczalnych (na koniach) i klinicznych wstrzykiwał podskórnie $\frac{1}{2}$—1 cm^3 ropy, wyjałowionej lub nie, w roztworze fizjologicznym soli, w odstępach parodniowych, i spostrzegał po tem bardzo szybkie wypełnianie się rany ziarniną i następowe pokrycie naskórkiem. Ropa owa działała tutaj przez zawarte w niej jednocześnie: trefony (pochodzenia limfocytowego), proteozy, peptony, wyciągi zarodkowe (z ziarniny, wyścielającej ścianę ropnia), wreszcie swoiste wyciągi tkankowe w myśl teorji *Miyagawy* (wyciągi z leukocytów i fibroblastów pobudzająco wzrostu ziarninę, która składa się również z fibroblastów i leukocytów). Zadziałanie tych wszystkich, zawartych w ropie składników, tłumaczy dostatecznie wynik leczniczy owych wstrzykiwań.

Przygotowanie chorych do operacji na drogach żółciowych (Pactique operatoire des voies biliaires. Investigations et soins préopératoires). Robineau i Stern. *G. Doin et C-ie à Paris. 1929.*

W myśl naczelnej zasady chirurgicznej osiągania zapomocą operacji jaknajlepszego wyniku z jaknajmniejszem ryzykiem dla chorego, sprawność ustroju chorego t. j. sprawność jego najważniejszych dla życia narządów powinna być przed operacją dokładnie określona. Dotyczy to w szczególnym stopniu chorych, którzy mają być poddani operacji na drogach żółciowych, gdyż wątroba jest tym narządem, który — obok serca i nerek — w następstwie zabiegu operacyjnego ulega uszkodzeniu najczęściej.

Znane są przypadki nierzadkie, kiedy chorzy na 2—3 dzień po operacji wpadają bez widocznej przyczyny w stan ciężkiej zapaści, z wymiotami, drżeniem włókienkowem, podnieceniem, bezmoczem i w krótkim czasie kończą śmiercią. Badanie pośmiertne tkanek wykazuje w tych razach obecność świeżych ognisk zwyrodnieniowych i martwicowych w wątrobie, których powstanie wiąże się przyczynowo z narkozą, wstrząsem operacyjnem i ewentualnie zakażeniem z pola operacyjnego. Jasnem jest przeto, że w stanach chorobowych, w których mamy do czynienia już przed operacją z poważniejszemi zmiana-

mi w wątrobie, komórka wątrobowa po zabiegu, zwłaszcza po zabiegu na drogach żółciowych, tym łatwiej traci swą równowagę czynnościową, sprowadzając mniej lub więcej ciężką niedomogę wątroby.

A więc badanie przedoperacyjne sprawności czynnościowej powinno dotyczyć w pierwszym rzędzie wątroby. Próba czynnościowa barwikowa (Rosenthala) informuje nas tylko o pewnych czynności wątroby zresztą nie najważniejszych i dlatego uzupełniać ją należy badaniem krzepliwości krwi i badaniem w kierunku kwasicy i nadmiernej zawartości cukru we krwi.

Na 29 zejść śmiertelnych po operacjach u chorych żółtaczkowych w klinice *Mayo* w 15 przypadkach przyczyną śmierci był krwotok w jamie brzusznej. Zwłaszcza w zakażeniach dróg żółciowych, w żółcicy i w zatruciach w przebiegu raka należy się obawiać po operacji obfitego krwawienia powierzchniowego w następstwie upośledzenia krzepliwości. Można przyjąć, że opóźnienie w krzepnięciu krwi, pobranej do rurki powyżej 10 minut, a przedłużenie czasu krwawienia (z małżowiny usznej) powyżej 2 minut — dowodzą już bezwzględnie zmian chorobowych w tej dziedzinie i wymagają odpowiedniego skorygowania przed operacją, Stosuje się w tym celu: wstrzykiwania podskórne roztworu żelatyny (po 250 cm³), podawanie doustne chlorku wapnia w ciągu 3 — 4 dni po 4 gramy dziennie ewentualnie dożylnie — po 10 cm³ 10% roztworu, wstrzykiwania podskórne surowicy ludzkiej lub końskiej (może być surowica przeciwbłonicza) po 10—20 cm3 w ciągu paru dni, ewentualnie zaraz po operacji; wreszcie — przetaczania krwi, najlepiej w małych dawkach codziennych w ciągu kilku dni, dopóki czas krzepnięcia nie skróci się poniżej 10 minut. W związku z podawaniem chlorku wapnia należy zaznaczyć, że środek ten przy dłuższem używaniu działa odwrotnie t. j. zmniejsza krzepliwosć krwi, dlatego też podaje się go tylko w przeciągu 4 dni.

Powyższe leczenie przedoperacyjne należy przeprowadzić szczególniej w każdym przypadku żółtaczki przewlekłej, zakażenia dróg żółciowych i w przypadku raka. Co do żółtaczki, to zostało stwierdzone, aż nie tyle jej długotrwałość odbija się ujemnię na krzepliwości krwi. co nasilenie.

Po określeniu krzepliwości krwi należy zbadać chorego w kierunku kwasicy i nadmiernej zawartości cukru we krwi. Wątroba jest tym narządem, który w utrzymaniu równowagi kwasowo-zasadowej w ustroju gra rolę niepoślednią, a objawy t. zw. kwasicy pooperacyjnej występują szczególnie często po operacjach na drogach żółciowych. Chorym takim podaje się w ciągu kilku dni przed operacją (a — w miarę potrzeby — po operacji) dwuwęgian doustnie po 2 gramy na dawkę przed jedzeniem, ewentualnie dożylnie. A jeśli nadmiaru cukru we krwi nie uda się zredukować do normy zapomocą djety jarzynowo - owocowej, to trzeba się uciec do zastosowania insuliny, zaczynając od dawek małych, 5 — 10 jednostek.

Na tem skończyć można badanie wydolności wątroby. Jednakże, aby uzyskać dla chorego maximum bezpieczeństwa co do powikłań operacyjnych, badanie sprawności wątroby uzupełnić należy określeniem sprawności nerek, („stała“ Ambarda, próba fenal sulfoftaleinowa, ilość mocznika we krwi). serca i naczyń; niebezpieczną jest tutaj, zwłaszczaj zbyt mała różnica między maksymalnem i minimalnem ciśnieniem tętniczem, chorym zaś takim podaje się w przeciągu 5 dni przed operacją i przez 3 dni po tem ouabainę — po 10 kropel dziennie. Zbyt nizkie ciśnienie tętnicze podnosi się lawatywami kroplowemi z cukru gronowego (4,7%) z dodatkiem adrenaliny (10—15 kropel roztw. $1/_{1000}$ na litr) i ewentualnie sody.

Przed pooperacyjnemi powikłaniami płucnemi zabezpiecza do pewnego stopnia wstrzyknięcie swoistej surowicy przeciwko dwoinkom zapalenia płuc, najlepiej po uśpieniu chorego (dla uniknięcia wstrząsu anafilaktycznego) i ogrzewanie w czasie zabiegu jego klatki piersiowej odpowiednim przyrządem elektrycznym.

Podawanie przed operacją środków czyszczących jest szkodliwe, ponieważ osłabia odporność wątroby i nerek na zatrucie chloroformowo-eterowe, zmniejsza ich wydolność wogóle wywołuje niepożądane przekrwienie jelit i odwadnia ustrój. Wystarcza zamiast niego zwykła lawatywa.

W sprawie rozpoznawania guzów wewnątrzczaszkowych, (Diagnostic des tumeurs cérébrales). De Martel. *Bull. et Mem. de la Soc. Nat. de Chirurgie. Nr. 35. grudzień 1929.*

Wczesne rozpoznawanie guzów wewnątrzczaszkowych jest ściśle związane z odpowiedniem wyszkoleniem chirurgów. Neurologowie, nie będąc chirurgami. natrafiają na znacznie większe trudnośc w doskonaleniu się w djagnostyce guzów wewnątrzczaszkowych, niż ci ostatni. Należałoby tu brać przykład ze stosunków amerykańskich, gdzie dzięki dokładnemu opanowaniu przez chirurgów umiejętności rozpoznawauia tych guzów, 80% z nich zostaje jako takie rozpoznanych i ściśle umiejscowionych.

Szczególnie cenne wskazówki daje tutaj badanie dna oka oraz określenie pola widzenia. Droga przewodzenia wrażeń względnie czuć wzrokowych biegnie, jak wiadomo, od siatkówki — poprzez skrzyżowanie nerwów wzrokowych i zwój kolankowaty (gamgl. geniculi) — do zraza potylicznego po str. przeciwnej. Przy umiejscowieniu guza na wysokości skrzyżowania (chiasma) ma miejsce hemianopsia bitemporalis i pierwotny zanik nerwu wzrokowego. Przy umiejscowieniu między chiasma i zwojem kolankowatym będziemy mieli hemianopsję boczną po tejże stronie i pierwotny zanik nerwu wzrokowego Wreszcie umiejscowienie cierpienia poza zwojem kolankowatym da tylko hemianopsję boczną tejże strony.

Rozpoznanie guza będzie najłatwiejsze w przypadkach jego umiejscowienia na poziomie siodełka tureckiego lub tuż nad niem, gdyż wówczas stale ma miejsce ucisk na skrzyżowanie nerwów wzrokowych z jego następstwami: hemianopsję dwuskroniową (bitemporalis) i zanikiem pierwotnym nerwu wzrokowego. Są to: 1) gruczolak przysadki — towarzyszy mu widoczne na zdjęciu rentgenologicznem poszerzenie siodełka i jego rozdęcie, wraz z zespołem *Froelicha.* lub też objawami akromegalicznemi; 2) torbiel skórzasta (kieszonka *Rathkego*), rozwijająca się z pozostałości kieszonki czaszkowogardłowej, z której powstaje przedni zraz przysadki, rentgenologicznie zaś stwierdza się tu stale obecność powyżej siodełka (naogół

prawidłowego) ośrodka zwapnienia różnych rozmiarów; wreszcie 3) meningioma suprasellare, wychodzące z opon na wysokości guzka siodełka — rentgenologicznie nie znajduje się tu zwykle żadnych odchyleń od normy.

Duże znaczenie dla ścisłego umiejscowienia guza ma umiejscowienie pierwszego chronologicznie objawu chorobowego, jak np.: głuchota w guzach VIII pary nerwów czaszkowych, wyprzedzająca na szereg lat wystąpienia innych objawów; bóle w zakresie szczęki górnej — bardzo wczesny objaw guzów okolicy szczeliny klinowej (fissura sphenoidalis, foramen rotundum); drgawki kończyny dolnej typu *Jacksona* w guzach, wychodzących z sierpu (falx cerebri), które w dalszym swym rozwoju — rosnąc do tyłu i ku wewnątrz — nie dają żadnych objawów ruchowych.

Ułatwia ogromnie rozpoznawanie guzów wewnątrzczaszkowych ich typowość co do budowy, umiejscowienia i zespołu klinicznego; pewne guzy występują stale w tem samem miejscu i towarzyszą im zawsze te same objawy kliniczne.

Zaznaczyć tu jeszcze należy, że tarcza zastoinowa oka bynajmniej nie należy do objawów tak stałych, za jaki jest ogólnie uważana, gdyż zdarzają się przypadki bardzo dużych guzów wewnątrzczaszkowych bez śladów zastoiny na tarczy nerwu wzrokowego.

W sprawie rozpoznawania ostrego zapalenia wyrostka robaczkowego. (Diagnostic topographique des appendicites aiguës). Deolindo A. Pasqualis. *Bull. et Mém. de la Soc. de Chirurgiens Nr. 15 listopad 1929.*

Położenie wyrostka robaczkowego względem kątnicy bywa, jak wiadomo, bardzo zmienne: jego położenie zstępujące spotyka się w 41%, wstępujące w 13%, położenie nazewnątrz od kątnicy—w 26%, nawewnątrz w 17%. Poza tem, wyrostek może leżeć mniej lub więcej luźno w wolnej jamie otrzewnowej, lub też być umiejscowiony pozaotrzewnowo, przyrośnięty do przedniej lub tylnej powierzchni kątnicy.

Autor postawił sobie za zadanie wyjaśnić, czyby się nie udało już przed operacją, tylko na podstawie objawów klinicznych uzyskać dane co do położenia wyrostka (pozaotrzewnowo czy wewnątrzotrzewnowo). Spostrzegając szereg przypadków ostrego zapalenia wyrostka robaczkowego, które następnie były poddane operacji, przyszedł do następującego wniosku: u chorych, u których badanie ciepłoty pod pachą i w kiszce stolcowej przed operacją wykazywało różnicę poniżej 1 stopnia, w czasie zabiegu znajdywano wyrostek leżący pozaotrzewnowo (na przedniej lub tylnej powierzchni kątnicy); tam zaś, gdzie owa różnica przewyższała 1 stopień, dochodząc nieraz do dwu — wyrostek robaczkowy leżał luźno w wolnej jamie otrzewnowej.

Autor tłumaczy to w sposób następujący. W tym ostatnim przypadku, kiedy proces chorobowy w wyrostku osiągnie swoje najwyższe nasilenie, prowadząc do zgorzeli lub przedziurawienia, powstaje rozlane zapalenie otrzewnej, ze znacznem zaburzeniem stanu ogólnego i dużą różnicą między ciepłotą w odbytnicy i pod pachą. Odwrotnie się rzecz ma, kiedy wyrostek leży pozaotrzewnowo — nawet w razie przedziurawienia zapalenie otrzewnej jest ograniczone, a ciepłota w kiszce stolcowej tylko nieznacznie przewyższa ciepłotę pod pachą.

Ma to duże znaczenie dla rokowania, które będzie o wiele gorsze w przypadkach znacznej różnicy między ciepłotą w odbytnicy i pod pachą, niż tam, gdzie ta różnica będzie niewielka.

Wykonywanie zespolenia żołądkowo-jelitowego zapomocą igły diatermicznej. (Gastro-entérostomie simplifiée). Pauchet. Le Gac i Luquet. *Bull. et Mém. de chirurgiens Nr. 15, listopad 1929.*

Autorowie zwracają uwagę na ogromne zalety wykonywania zespolenia żołądkowo-jelitowego lub jelitowo-jelitowego przy użyciu odpowiedniej igły diatermicznej, zwłaszcza w przypadkach ze znacznem wyniszczeniem — kiedy zależy na szybkiem wykonaniu zabiegu.

Technika zabiegu. Po nałożeniu dwu pojedyńczych szwów podtrzymujących na zbliżone do siebie w celu zespolenia dwa odcinki jelita, nacinamy na nich linijnie zapomocą igły diatermicznej surowicówkę i mięśniówkę — aż do podśluzówki tak, żeby oba nacięcia odpowiadały sobie wielkością i położeniem. Następnie nakłada się ciągły szew strunowy, surowicówka-mięśniówka, najpierw tylny, później przedni (w sposób typowy), jednowarstwowo; szew ten powinien być bardzo szczelny. Na tem zabieg zasadniczo się kończy. Właściwe połączenie światła obu odcinków jelitowych następuje — zależnie od woli operującego — albo natychmiast, przez rozerwanie poprzez ścianę kiszki palcem uszkodzonej przez igłę diatermiczną śluzówki, albo w ciągu najbliższych dni, kiedy nastąpi samoistne oddzielenie się zmienionej śluzówki. Zabieg trwa kilka minut. Zalety zabiegu tego polegają na nieużywaniu zaciskadeł, na niepodwiązywaniu naczyń, nieotwieraniu światła kiszki w czasie samej operacji i wreszcie, na krótkotrwałości zabiegu.

Jedyna trudność polega na odpowiedniem dawkowaniu tego ciepła, które ma wywołać następowe obumarcie śluzówki. Dowodem tego, że zastosowano dawkę dostateczną, jest zmiana barwy podśluzówki po zadziałaniu igły diatermicznej — podśluzówka ta nabiera barwy lekko żółtawej i staje się sucha, co jest objawem poczynającej się nekrozy.

Leczenie czyraków (Traitement pratique du furoncle banal par la solution de mercurochrome). Léo. *Bull. et Mém. de la Soc. des chirurgiens Nr. 16. grudzień 1929.*

Autor podaje prosty bardzo sposób leczenia zwykłych, niepowikłanych czyraków, którego zaletami są: szybkie ustąpienie bólów, krótki przebieg leczenia i zabezpieczenie chorego przed tak charakterystycznemi dla tego cierpienia nawrotami w innych ogniskach.

Bóle w przebiegu czyraka są następstwem wzmożenia ciśnienia wewnątrztkankowego wskutek nagromadzenia tu się płynu zapalnego. Nakłucie zapomocą żegadła elektrycznego środkowej wyniosłości czyraka, sięgające dosyć głęboko, da odpływ nagromadzonej w tkankach cieczy zapalnej i dzięki temu złagodzi natychmiast bardzo nieraz nawet dokuczliwe bóle.

Wkłucie do samego dna krateru wąziutkiego nożyka, z zawieszoną na jego końcu kroplą 2% merkurochromu (mercurochrome), zadziała silnie bakterjobójczo, przy

śpieszy oddzielnie się czopa martwicowego i skróci w ten sposób okres gojenia się do 9—10 dni (działanie swoiste merkurochromu). Zaś rozgrzewający okład wilgotny z roztworu podchlorynu sodu, stosowany 2—4 dni, uniemożliwi przedwczesne zaklejenie się owego otworku „odprężającego" i przyśpieszy również oddzielenie się części obumarłych, wprowadzanie do krateru czyraka merkurochromu powtarza się 2 razy dziennie, do chwili wydalenia czopa martwicowego,

Począwszy od pierwszego dnia choroby stosuje się podskórnie szczepionkę przeciwgronkowcową — autoszczepionkę lub sprzedażną szczepionkę wielowartościowa, podając jednocześnie odpowiednią szczepionkę (ewentualnie odpowiednio przygotowanego bakterjofaga) doustnie; to ostatnie kontynuuje się jeszcze w przeciągu 20 dni od chwili zagojenia się czyraka. Leczenie szczepionkami ma ustrzec chorego od nawrotu cierpienia w innych ogniskach,

Podkreślić tu należy z naciskiem szkodliwość wyciskania mechanicznego zawartości krateru czyraka, gdyż nie tylko mija się ono z celem, ale przeciwnie sprzyja szerzeniu się zakażenia naczyniami chłonnemi i szczelinami tkankowemi poza ognisko pierwotne.

Badanie wydolności wątroby zapomocą próby mięśniowej i oddechowej i wnioski stąd płynące. (Les épreuves musculaire et respiratoire chez les hépatiques). Parturier, Fauqué i Manceau. *La Presse Méd. Nr, 7, styczeń 1930.*

Nietyko spostrzeżenia kliniczne, ale poprostu obserwacje z życia codziennego dowodzą obniżonej tolerancji w kierunku większych wysiłków fizycznych i przebywania w dusznej atmosferze, przeładowanej dwutlenkiem węgla i innemi szkodliwemi składnikami — ze strony osób ze zmniejszoną wydolnością wątroby. Osobniki takie znacznie łatwiej od zdrowych męczą się w czasie wykonywania pracy mięśniowej, przyczem występują tu nieraz takie objawy jak: duszność, częste tętno (tachycardia), obniżenie ciśnienia tętniczego, senność, która w przypadkach dalej posuniętych zmienia się w niepokój i drażliwość; jednocześnie objawy miejscowe ze strony wątroby ulegają zaostrzeniu.

Nadmierna ciepłota otoczenia, naelektryzowanie atmosfery, burza — wpływają w sposób podobny. Z drugiej strony, ci sami chorzy na wsi, w górach, to jest w atmosferze czystej i możliwie wolnej od domieszek niepożądanych, odzyskują w znacznym stopniu swoją zdolność prawidłową do wysiłkow mięśniowych.

Wychodząc z powyższych przesłanek, autorowie przeprowadzili szereg prób mięśniowych (30 minut wiosłowania na aparacie) i oddychania w atmosferze CO_2 (koło 20 min.) na zawartość we krwi: mocznika, cukru, cholesteryny, kwasu moczowego i kwasów żółciowych. Otóż okazało się, że u osobników zdrowych po ćwiczeniach mięśniowych wzrasta zawartość mocznika i cukru we krwi, u chorych zaś (marskość wątroby, kamica i t. p.) — rzecz ma się odwrotnie, stężenie mocznika i cukru zmniejsza się, gdyż mniej sprawna wątroba nie jest w stanie podołać wzmożonemu zapotrzebowaniu na te składniki. A po wdychaniu CO_2 u osobników zdrowych i średnio chorych zawartość cukru wzrasta, u ciężko chorych — zmniejsza się, wreszcie u bardzo ciężko chorych — pozostaje bez zmiany.

Z danych powyższych, poza cennemi przesłankami co do rokowania u chorych na wątrobę, wyłania się cały szereg również wartościowych wskazówek leczniczych. A więc przedewszystkiem — uregulowanie wysiłków mięśniowych, wybór odpowiedniej gimnastyki i sportów, bezwzględne unikanie zmęczenia fizycznego, a następnie — jaknajczęstsze przebywanie na rzeczywiście „świeżem" powietrzu, unikanie atmosfery dusznej: zadymionej, przepojonej wydalinami motorów spalinowych i t. p.; szkodliwie również działają na chorych takich — przebywanie w pobliżu morza, w środowisku wietrznem (wpływ drażniący na układ nerwowy, który u osobników z chorą wątrobą wykazuje dużą chwiejność) i w górach powyżej 1000 metrów ponad poziomem morza.

M. Czyżewski.

O równowadze kwaso zasadowej we krwi i zasobie zasad (Equilibre acido-basique du sang, Ph et réserve alcaline). Letulle i Delaville. *La Presse Méd Nr, 10, luty 1930,*

Określanie stężenia jonów wodorowych we krwi (Ph) i zasobu zasad stało się w ostatnich dziesięciu latach koniecznem uzupełnieniem badania klinicznego chorych w całym szeregu różnych stanów chorobowych.

Ph dla krwi (t.j. liczba, odpowiadająca stężeniu jonów wodorowych we krwi) waha się od 7,32 do 7,40 i jest naogół wielkością stałą, ulegającą większym odchyleniom niesłychanie rzadko. Zmniejszanie się tej liczby w kierunku zera świadczy o zwiększaniu stężenia jonów wodorowych, jej wzrost — do 10 i wyżej — dowodzi przesunięcia równowagi w kierunku zasadowym. Ph równe 7,32 — 7,40 odpowiada lekkiemu zalkalizowaniu roztworu (w danym przypadku — krwi). Ustrój ludzki utrzymuje Ph na stałym poziomie dzięki szeregowi urządzeń regulujących, jak to: 1) płuca przez oddychanie wydalają z organizmu dwutlenek węgla przesuwając w ten sposób równowagę w kierunku zasadowym; 2) nerki, wydalające kwasy (moczowe) i zasady (amonjak) ; 3) t. zw. „ciała buforowe" — związki chemiczne (w pierwszym rzędzie dwuwęglany), które mają własność szybkiego zobojętniania nadmiaru kwasów, nie zmieniając jednocześnie odczynu środowiska (Ph), w którym proces ten się odbywa; związki te składają się na ów zasób zasad w ustroju, umożliwiający utrzymanie stężenia jonów wodorowych we krwi na stałym poziomie. W miarę zakwaszenia ustroju jego zasób zasad maleje, i odwrotnie; dlatego też mierzenie zasobu zasad może być sprawdzianem gospodarki kwasowo-zasadowej w ustroju i informować nas o przesuwaniu się równowagi w kierunku kwasowym lub zasadowym.

Praktycznie za miernik zasobu zasad uważa się liczbę cm^3 dwutlenku węgla jaki powstaje z rozłożenia dwuwęglanów, zawartych w 100 cm^3 osocza krwi. U osób dorosłych zasób zasad wynosi w warunkach prawidłowych 55—65 (cm^3). Wielkości poniżej 50 odpowiadają stanom kwasicy; śpiączka występuje zwykle koło 20. Powyżej 70 mamy do czynienia z alkalozą, która może się zwiększać do 100 i wyżej. W przypadkach odchyleń od normy zasobu zasad mówimy o kwasicy ewentualnie alkalozie wyrównanej (skompensowanej), dopiero kiedy

i Ph ulegnie zakłóceniu — mówimy wówczas o kwasicy lub alkalozie niewyrównanej.

Stany zakwaszenia ustroju (acidosis) występują w przebiegu: cukrzycy, zapalenia nerek, niektórych cięższych zaburzeń ze strony przewodu pokarmowego u dzieci i dorosłych (hyperemesis gravidarum) znieczulenia zapomocą chloroformu (niedomoga wątroby), głodowania, zaburzeń znaczniejszych w oddychaniu (duszność) i t. p.

Alkaloza występuje: w przebiegu nadmiernie głębokiego i częstego oddychania, po spożyciu większej ilości zasad (wody alkaliczne), w następstwie utraty dużej ilości kwasów przy wymiotach i t. p.

Wstrzykiwanie dożylne stężonych roztworów chlorku sodu w przebiegu ostrej niedrożności jelitowej. (De la rechloruration en cas d'occlusion intestinale—resultats obstenues). Gosset, Binet i Petit-Dutaillis. *La Presse Méd. Nr. 15, luty 1930.*

Ostra niedrożność jelitowa wywołuje bardzo rozległe zaburzenia chemiczno-biologiczne w płynach tkankowych, z których na plan pierwszy wysuwa się niewątpliwie obniżenie poziomu chlorku w surowicy krwi. Przed kilku laty zaproponowano po raz pierwszy stosowanie w tego rodzaju przypadkach wstrzykiwań dożylnych stężonych roztworów chlorku sodu. Dzisiaj, kiedy można się już oprzeć na bogatym i wszechstronnym materjalnych, podanym przez różnych chirurgów, leczenie to należy ocenić jako bardzo skuteczne i celowe w najrozmaitszych postaciach ostrej niedrożności jelitowej, obok zwykłego naturalnie leczenia operacyjnego, Jakkolwiek pozostaje dotychczas niezupełnie jasnym sposób, w jaki roztwór ten działa; stwierdzono w każdym razie ponad wszelką wątpliwość jego wybitnie dodatnie działania we wszelkich umiejscowieniach ostrej niedrożności i bez względu na to, czy miały miejsce obfite wymioty, czy nie. Najlepsze wyniki, nieraz wprost zdumiewające, osiągano w przypadkach umiejscowienia niedrożności w jelitach cienkich, i jeśli jej przyczyną było zgięcie jelita w zrostach pasmowatych lub jego porażenie pooperacyjne; znacznie gorsze wyniki daje leczenie to w przypadkach uwięźgnięcia, kiedy ściana kiszki stała sie przepuszczalną dla trujących produktów rozpadu białek i dla drobnoustrojów.

Coleman w statystyce swej, ogłoszonej w roku 1927, podaje, że na 20 przypadków ostrej niedrożności jelitowej, leczonych wyłącznie operacją, miał 50% śmiertelności, zaś na 18 późniejszych przypadków, podobnych zupełnie co do swego charakteru i ciężkości do poprzednich, ale leczonych — obok operacji — wstrzykiwaniami stężonego roztworu chlorku sodu, śmiertelność wyniosła tylko 11%.

Autorowie stosowali tego rodzaju leczenie w postaci wstrzykiwań dożylnych 10% roztworu chlorku sodu w ilości 20 cm³ na dawkę, w odstępach 4-godzinnych — w przypadkach cięższych, zarówno w okresie przedoperacyjnym jak i pooperacyjnym. Odnośne przypadki dotyczyły: ostrej niedrożności w zakresie jelit cienkich na tle zrostów i guzów w zakresie okrężnicy i odbytnicy (rak), niedrożności pooperacyjnej i porażennej, przepuklin uwięźniętych wgłobienia jelit u oseseków. Wyniki mieli autorowie bardzo dobre; w niektórych przypadkach miało miejsce wprost przywrócenie do życia chorych znajdujących się już w okresie zbliżonym do agonji w stanie śpiączki, ze zniesieniem odruchów rogówkowego—i to już w 20 — 30 minut po pierwszym wstrzyknięciu chlorku sodu.

Szkodliwego działania ubocznego przy tym sposobie leczenia nie spostrzegano wcale. Nawet niedomoga nerek ze wzmożeniem zawartości mocznika we krwi nie stanowiła tu przeciwskazania, w jednym przypadku staruszki 84-letniej, operowanej z powodu przepukliny uwięźniętej w stanie śpiączki (2,2 g. mocznika na litr krwi), uzyskano szybką i wybitną poprawę (ze znacznym spadkiem zawartości mocznika we krwi) po zastosowaniu wstrzykiwań dożylnych stężonego roztworu chlorku sodu.

Zaleganie treści pokarmowej w okolicy krętniczo-kątniczej i stany skurczowe wstępnicy w przebiegu przewlekłego zapalenia wyrostka robaczkowego. (Le retard du transit iléo-caecal et l'hypertonie segmentaire du caeco-descendant dans leurs rapports avec l'appendicite), Jaquet, Gally i Poreaux. *La Presse Méd. Nr. 14, luty 1930.*

Dotyczasowe badania rentgenologiczne w przebiegu zapalenia wyrostka robaczkowego dotyczyły określenia położenia wyrostka, jego ruchomości, przechodzenia doń papki kontrastowej i jego opróżniania się. wreszcie — stwierdzenia bolesności uciskowej w odniesieniu do wyrostka.

Autorowie zbadali rentgenologicznie cały szereg tego rodzaju przypadków i stwierdzili tutaj występowanie bardzo charakterystycznych dla przewlekłego zapalenia wyrostka zmian ze strony krętnicy, kątnicy i wstępnicy. A więc przedewszystkiem — wyraźne zaleganie papki kontrastowej powyżej ujścia krętnicy do kątnicy. W warunkach prawidłowych, w 6 godzin po przyjęciu papki, wypełnia ona całkowicie kątnicę i wstepnicę, a ślady tylko pozostają w kątnicy. W przypadkach zaś zapalenia wyrostka po 6 godzinach jeszcze więcej niż połowa całej ilości papki wypełnia dolne pętle krętnicy, które dopiero powoli w 24—48 godzin opróżniają się do kątnicy. Przyczem nie chodzi tutaj o zaleganie w ścisłem tego słowa znaczeniu, jak np. powyżej jakiejś przeszkody mechanicznej, a tylko o zwolnione przechodzenie treści pokarmowej przez ujście krętnicy do kątnicy. U osób, u których pomimo wycięcia wyrostka robaczkowego dolegliwości utrzymywały się nadal, stwierdzano również zwolnione przechodzenie papki do kątnicy.

Drugą cechą rentgenologiczną, charakterystyczną dla przewlekłego stanu zapalnego wyrostka robaczkowego, są stany skurczowe, spastyczne, ograniczone ściśle do kątnicy i wstępnicy, bez wyraźnych objawów klinicznych nieżytu kiszki grubej. Stany te nie dotyczą nigdy poprzecznicy i zstępnicy.

Zespół tych dwu wyżej omówionych objawów rentgenologicznych jest tak charakterystyczny dla przewlekłego zapalenia wyrostka robaczkowego, że w przypadkach wątpliwych śmiało można oprzeć na nim właściwe rozpoznanie, jednocześnie tłumaczy on dostatecznie tak częste u tego rodzaju chorych nawykowe zaparcie stolca

Wczesne wstąwanie z łóżka chorych po operacjach brzusznych (Le lever précoce après les operations abdominales). Chalier. *Lyon Chirurg. Nr. 6, listopad-grudzień 1929.*

Autor przeprowadzał wczesne wstawanie chorych po następujących operacjach: wycięcie macicy, przydatków, wyrostka robaczkowego, wyłuszczenie sterczu, zespolenie żołądkowo-jelitowe, zabiegi na drogach żółciowych i operacje doszczętne przepuklin różnych. Po operacjach mniej obrażających jak operacja wyrostka lub przepukliny chorzy podnoszą się trzeciego dnia, po innych — czwartego lub piątego dnia. Począwszy od 2 dnia po operacji chorzy tacy zaczynają się już ruszać w łóżku, przekręcać na boki; później dopiero zaczynają siadać w łóżku, przechodzić z łóżka na fotel, siedzieć w fotelu i wreszcie, począwszy od 6 dnia, chodzić swobodnie. Szpital opuszczają po operacjach wyrostka i przepukliny = 10 dnia, po operacjach żołądkowych i żółciowych — 12 — 15 dnia.

Koniecznemi warunkami do stosowania wczesnego wstawania po operacjach są: zupełna jałowość zabiegu, (co do otrzewnej i powłok brzusznych), brak obawy co do następowego krwawienia i dokładne zamknięcie rany ściany brzusznej. Otrzewnę szyje autor szwem ciągłym strunowym, powięź, szwami węzełkowemi jedwabnemi, skórę — klamerkami Michela.

Autor zastosował sposób powyższy u 150 chorych, operowanych w ciągu ostatnich miesięcy. Ani razu nie miał powikłań w postaci krwiaka, ropienia, wypadnięcia trzew (ewentracji), zapalenia zakrzepowego żył lub zatorów. Naturalnie tego wczesnego podnoszenia chorych nie należy przeprowadzać — ze względów zupełnie zrozumiałych — u chorych wyniszczonych lub wykrwawionych. Korzyści powyższego prowadzenia chorych po operacji są następujące, gładki i prosty przebieg pooperacyjny, szybki powrót do stanu prawidłowego czynności pęcherza moczowego i jelit, zmniejszenie niebezpieczeństwa powstania odleżyn, powikłań płucnych (opadowych), brak upośledzenia sprawności mięśniowej, a co najważniejsze — najskuteczniejsza jak dotychczas, profilaktyka zakrzepów i zatorów pooperacyjnych. Nie bez znaczenia jest zresztą dla chorego i skrócenie czasu pobytu w szpitalu i okresu rekonwalescencji wogóle.

Pięć przypadków zatorów pooperacyjnych — z wynikiem śmiertelnym (L'embolie postopératoiré mortellę) Chalier *Lyon Chirurgic. XXVI — Nr. 6, listopad-grudzień 1929.*

Przypadki te dotyczyły kobiet w wieku 43—53 lat, badanych dokładnie przed zabiegiem co do zaburzeń w krążeniu — przyczem nie znaleziono nic takiego, coby mogło uprzedzić chirurga o mogących wystąpić powikłaniach. Operacje polegały na nacięciu macicy, wyłuszczeniu torbieli przypochwowej i plastyce krocza. Zejście śmiertelne nastąpiło w krótkim czasie od chwili wystąpienia pierwszych objawów klinicznych. Ujawnienie się zatoru nie było ani razu poprzedzone zapaleniem żył kończyn dolnych. Odwrotnie, autor spostrzegał wielokrotnie powikłanie przebiegu pooperacyjnego zapaleniem zakrzepowem żył kończyn dolnych, ale w żadnym z przypadków tych nie było zatoru śmiertelnego.

Ani tętno, ani ciepłota nie dają tutaj dostatecznie charakterystycznych zmian, mogących uprzedzić chirurga o grożącym zatorze.

Operacja Trendelenburga rzadko kiedy jest w stanie uratować chorego od śmierci, gdyż zwykle nie ma czasu na jej wykonanie. Wobec czego cała uwaga chirurga winna być skierowana w kierunku zmniejszenia możliwości wystąpienia zatoru pooperacyjnego, a to przez zwiększenie ciśnienia tętniczego i poprawę krążenia wogóle, przez obniżenie krzepliwości krwi (wstrzykiwanie cytrynianu sodu, hirudynizacja), wreszcie — przez wczesne wstawanie z łóżka chorych po operacji (na 3 — 5 dzień), co dzięki poprawie krążenia żylnego i zwalczeniu wszelkich zastojów najskuteczniej, zdaje się, jak dotychczas, przeciwdziała powstawaniu zatorów pooperacyjnych.

Leczenie zapalenią opłucnej na tle nieswoistem i gruźliczem naświetląniami promieniami pozafiołkowemi i diatermją. (Traitement des pleurites, et des pleurésies séro-fibrineuses tuberculeuses par les agents physiques — ultraviolets et diathermie). Biancani. *Paris Médical Nr. 4, luty 1930.*

Autor poddał leczeniu powyższemu cały szereg chorych na zapalenie opłucnej nieswoiste i gruźlicze, w pełnym rozwoju choroby i w okresie końcowym, jak również w okresie ozdrowienia, w postaciach wysiękowych i suchych. U wszystkich otrzymał wynik naogół bardzo dobry, cechujący się: ustąpieniem, względnie zmniejszeniem, bólów i duszności, ułatwieniem głębszego oddechu, zmniejszeniem skłonności do wytwarzania następczych zrostów i znikaniem zrostów już wytworzonych, wreszcie — znaczną poprawę stanu ogólnego, jak również skrócenie okresu choroby i okresu ozdrowienia. W żadnym z tych przypadków nie zauważono jakiegokolwiek ubocznego działania szkodliwego.

Naświetlania promieniami pozafiołkowemi są przeciwskazane, jak wiadomo, w przypadkach gruźlicy płuc, ale tylko wówczas, gdy owe ogniska gruźlicze są czynne (klinicznie i rentgenologicznie), w przeciwnym razie naświetlania te nie grożą wcale zaostrzeniem procesu swoistego w płucach.

Co do diatermji, to nawet takich warunkowych przeciwskazań tutaj niema, gdyż w przypadkach czynnych ognisk gruźliczych w płucach osiągano na tej drodze nawet poprawę. Stosując naświetlanie pozafiołkowe należy kierować się w dawkowaniu kontrolą stanu ogólnego, krzywą ciepłoty i wagą chorego. Lecząc diatermją, używa się zwykle 2 blaszek ołowianych wielkości 25 x 20 cm², przyłożonych do tylnej powierzchni danej połowy klatki piersiowej, i przez które przepuszcza się prąd o natężeniu 1,5—1,8 miliampera.

Nieprawidłowe wrodzone ułożenie kątnicy i wstępnicy. (Anomalie congénitale du côlon droit) Petit de la Villéon. *Bull. et Mém. de la Soc. des Chirurg. Nr. 1, styczeń 1930.*

Ułożenie kątnicy wraz z wyrostkiem robaczkowym pod wątrobą, w okolicy pęcherza żółciowego, nie jest bynajmniej rzadkością, i przeprowadzając różniczkowanie w przypadku stwierdzenia ogniska zapalnego (ewentualnie perforacyjnego) w podżebrzu prawem, należy zawsze uwzględniać

i zapalenie wyrostka robaczkowego. Autor spostrzegał przypadek wyjątkowo rzadkiego umiejscowienia kątnicy i okrężnicy wstępującej — co zostało stwierdzone rentgenologicznie — a mianowicie: kątnica wraz z wyrostkiem znajdowała się tuż pod wątrobą, wstępnica opuszczała się w kierunku prawego talerza biodrowego, gdzie następnie, zaginając się w kształcie litery „U," przechodziła w poprzecznicę; a więc zagięcie wątrobowe leżało na prawym talerzu biodrowym. W przypadku tym rozpoznano zpoczątku zapalenie pęcherza żółciowego, dopiero prześwietlenie rentgenowskie przewodu pokarmowego umożliwiło właściwe rozpoznanie — zapalenia wyrostka robaczkowego.

A propos rzadkich umiejscowień kątnicy z wyrostkiem należy zaznaczyć, że znajdywano go również i w klatce piersiowej poniżej obojczyka lewego, gdzie uległ przedziurawieniu i spowodował powstanie ropnia; najprawdopodobniej chodziło tu o przepuklinę przeponową, w przypadku której do klatki piersiowej — jak wiadomo — może przemieścić się każde z trzew jamy brzusznej, za wyjątkiem jedynie trzustki.

Zapalenie wyrostka robaczkowego pourazowe. (L'appendicite traumatique existe). Desmarest. *La Presse Méd. Nr. 19, marzec 1930.*

W swoim czasie, przed Wojną Europejską, zastanowiano się nad zagadnieniem, czy może mieć miejsce pourazowe zapalenie wyrostka; przeważyło wówczas zdanie, że wyrostek jest narządem tak małym, tak głęboko położonym i tak ruchomym, że stłuczeniu może ulec tylko wyjątkowo.

Tem nie mniej cały szereg spostrzeżeń klinicznych dowodzi z całą pewnością zależności przyczynowej, jaka może istnieć między urazem brzucha w okolicy prawego talerza biodrowego — a zapaleniem wyrostka robaczkowego.

Uraz może być bezpośredni (uderzenie) lub pośredni (nagłe napięcie powłok brzusznych z następowym wzrostem ciśnienia wewnętrznego). W chwili urazu następuje gwałtowne wtłoczenie pewnej ilości gazów i kału do światła wyrostka, jego śluzówka ulega nadmiernemu rozciągnięciu, rozerwaniu, a drobnoustroje przenikają wówczas ze światła wyrostka wgłąb jego ściany, wywołując ropowicowe zapalenie aż do zgorzeli włącznie. Obecność w świetle wyrostka kamienia kałowego lub innego ciała obcego sprzyja uszkodzeniu śluzówki i powstaniu zgorzeli. Zaraz po urazie chory odczuwa silny ból w okolicy wyrostka, który jest uwarunkowany przez owe nadmierne rozciągnięcie jego ściany. Ból ten szybko się uspakaja zupełnie, i następuje okres 24 — 48 godzin całkowicie wolny od jakichkolwiek dolegliwości, a w czasie którego rozwija się zakażenie ściany wyrostka; po tym okresie pozornego zdrowia występują mniej lub więcej gwałtownie objawy typowe dla ostrego zapalenia wyrostka robaczkowego. O ile wyrostek uległ przedziurawieniu do wolnej jamy otrzewnowej, to następuje rozlane zapalenie otrzewnej, o ile zaś wyrostek znajdował się już przed urazem w dostatecznie silnych zrostach ochronnych — powstaje ograniczony ropień przywyrostkowy.

M. Czyżewski.

POŁOŻNICTWO I CHOROBY KOBIECE.

Badania nad biologją łożyska świnki morskiej. (Etude sur la biologie du placenta du cobaye). Vilardell L. *Gynecologie et Obstetrique T. XX, Nr. 1.*

Aby uniknąć zarzutu operowania materjałem heterologicznym, jak również trudności wyjaławiania używanego materjału doświadczalnego, autor stosował świnkom morskim injekcje dootrzewnowe wyciągów z łożysk również świnek morskich, przyczem łożyska te wydobywał aseptycznie, na drodze laparatomji i wycięcia macicy ciężarnej.

Łożyska uzyskane w powyższy sposób przygotowywał w dwojaki sposób:

1. rozcierał łożyska w wyjałowionym moździeżu z rozczynem fizjologicznym soli, aż do utworzenia papki; dla ułatwienia tej czynności dodawał do rozcieranego materjału nieco małych kawałków drutu metalowego nie podlegającego utlenianiu. Wystarczy następnie odcedzić tak wytworzoną papkę przez wyjałowioną gazę i płyn jest gotowy do injekcji.

2. aby uzyskać łożysko autolizowane wprowadzał do probówki sterylizowanej połowę łożyska świnki morskiej, dodawał nieco rozczynu *Ringer-Locke'a* czy soli fizjologicznej lub nie dodawał nic, Następnie zatapiał koniec probówki i wstawiał ją do cieplarki przy 37°C na 10 dni. Tak autolizowane łożysko jest gotowe do injekcji. Dla lepszej konserwacji autor dodawał tak do 1 jak 2 wyciągu czystej gliceryny w ilości $^1/_3$ w stosunku do objętości.

Przygotowane w opisany sposób wyciągi autor wprowadzał świnkom morskim dootrzewnowo, poczem badał mocz, krew morfologicznie po pewnym czasie poświęcając zwierzęta — stan ich narządów histologicznie, a więc przedewszystkiem nerki i wątrobę.

W wyniku swych badań autor dochodzi do następujących wniosków:

1 Papka ze świeżego łożyska świnki morskiej, wstrzyknięta dootrzewnowo lub dosercowo świnkom morskim wywołuje we krwi chlorosis (bledniсę) i niewielkie uszkodzenia nerek i wątroby.

2. Papka zautolizowanego łożyska świnki morskiej w injekcjach dootrzewnowych lub dosercowych wywołuje u świnek morskich niedokrwistość złośliwą (anaemia perniciosa) i poważne uszkodzenia nerek i wątroby.

Papka łożyska świeżego wstrzyknięta dootrzewnowo ma w stosunku do świnek morskich cukrzycowych (diabetiques) wyraźny wpływ przeciw cukromoczowy (antiglycosurique).

4. Z punktu widzenia działauia wewnątrz wydzielniczego autor przypuszcza, że łożysko świnki morskiej ma działanie hormonalne pobudzające trzustkę a hamujące nadnercza i tarczycę,

Badanie nad stosunkiem przysadki mózgowej do narządu rodnego kobiety (część kliniczna). (Etude des rapports entre l'hypophyse et les organes génitaux de la femme (partie clinique). Wodon J. L *Gynecologie et Obstetrique T. XX, nr. 2.*

Omówiwszy pokrótce fizjologję przysadki mózgowej, a przedewszystkiem jej powiększenie w czasie ciąży , autor zajmuje się głównie rolą tylnego płata omawiauego gruczołu, zamykając uwagi swe

następującemi wnioskami, co do leczniczego stosowania wyciągów tego gruczołu w położnictwie i ginekologji:

1. wyciąg tylnego płata przysadki mózgowej jest środkiem wzmacniającym i pobudzającym skurcze macicy pod warunkiem ostrożnego stosowania (w dawkach 2—5 jednostek międzynarodowych) i przy przestrzeganiu przeciwwskazań, któremi są: a) przeszkody porodowe do wydalenia płodu i b) stan nadmiernego obkurczenia macicy;

2. wyciąg omawiany pozbawiony działania podnoszącego ciśnienia krwi może być bezpiecznie stosowany w przypadkach zatrucia ciążowego,

3. szczególnie nadaje się wyciąg tylnego płata przysadki mózgowej do stosowania w przypadkach cięcia cesarskiego i w celu wywołania porodu u kobiet z ciążą na ukończeniu, u których przedwcześnie odeszły wody porodowe.

4. w ginekologji wyciąg omawiany może zmniejszyć krwawienie maciczne. Poznanie istotnych czynników, powodujących większą lub mniejszą czułość macicy na wyciąg tylnego płata przysadki mózgowej pozwoli na znaczny postęp w leczniczem jego stosowaniu.

Stosunki pomiędzy przysadką mózgową a narządami płciowemi kobiety. (Rapporte entre l'hypophyse et les organes géniteux de la femme). Brouha Lucien. *Gynecologie et Obstetrique T. XX, Nr. 2.*

Pod powyższym tytułem wygłosił autor doniesienie na zjeździe Ginekologów francuskich w Brukseli; doniesienie to ma raczej charakter streszczenia zbiorowego.

Omawiając fizjologję przysadki autor przedewszystkiem zastanawia się nad skutkami sztucznego usunięcia (wycięcia) tego gruczołu, jak również nad działaniem wszczepienia jego kawałka.

Wycięcie przysadki mózgowej wywołuje: 1) u zwierzęcia niedojrzałego infantilismus sexualis całkowity i trwały, 2) u zwierzęcia dojrzałego zwyrodnienie narządu rodnego, z zatrzymaniem całkowitym i natychmiastowem czynności jajnika, jak również z postępującym zanikiem kurczowości macicy, 3) operacja omawiana wykonana w czasie ciąży powoduje zawsze poronieuie, 4) aby powyższe objawy wystąpiły, trzeba usunąć cały gruczoł, zwłaszcza jego część przednią, według niektórych autorów przynajmniej dwie trzecie tej ostatniej.

Wszczepienie przedniego płata przysadki mózgowej zwierzęciu pozbawionemu sztucznie tego gruczołu naprawia całkowicie wszystkie wymienione braki i szkody.

Sztuczne powiększenie ilości hormonu przysadki mózgowej przez jej wszczepienie zwierzęciu posiadającemu ten gruczoł wywołuje pobudzenie jajnika i dojrzewanie znacznej liczby pęcherzyków Grafa z nadliczbowym jajeczkowaniem (superovulatio) i wytworzeniem sie ciałek żółtych, hormony jajnikowe powstałe z kolei wpływają na narząd płciowy, zmieniając budowę macicy, pochwy i gruczołu mlecznego.

U zwierząt niedojrzałych nadmierna ilość hormonów przedniego płata przysadki mózgowej wywołuje przedwczesną dojrzałość płciową. u zwierzęcia dojrzałego — brak zagnieżdżenia się jaja, bądź też ponowne jajeczkowanie, bądź poronienie, bądź przedłużenie ciąży — wszystko to zależnie od dawki zastosowanej i od chwili, w której rozpoczęto jej stosowanie; u zwierzęcia po okresie przekwitania widzieć można powrót do czynności jajnika; wreszcie u zwierzęcia wytrzebionego wszczepienie przedniego płata przysadki nie wywiera żadnego wpływu na narząd rodny.

Odwrotny stosunek narządu rodnego do przysadki mózgowej nie da się zaprzeczyć. Tak wytrzebienie, jak zwłaszcza ciąża, wywołuje zmiany anatomiczne w strukturze omawianego gruczołu; fizjologicznie znane jest powszechnie odkrycie przez *Zondeka* i *Aschheima* wzmożenia ilości hormonu przedniego płata w moczu kobiet ciężarnych.

Przechodząc z kolei do farmakodynamiki autor stwierdza, że wyciągi wodne przednie do płata przysadki mózgowej mogą pobudzać pęcherzyki do dojrzewania, a narząd rodny do stanu ruji, z drugiej strony i to częściej wywołują one nadmierną luteinizację jajnika, zatrzymanie działalności okresowej, a w ciąży jej przedłużenie.

To też prawdopodobnem się staje istnienie kilku hormonów równocześnie w przednim płacie przysadki mózgowej. Już *Evans* i *Simpson* myślą o 1) hormonie dojrzewania, 2) hormonie wzrostu,

Wreszcie nadmienić należy, że i natura chemiczna wyciągów nie jest bez znaczenia, wyciągi wodne działają na hyperluteinizację jajnika i wstrzymują rozwój pęcherzyka Grafa i odwrotnie wyciągi lipoidalne wywołują u zwierzęcia wytrzebionego działanie identyczne do działania płynu pęcherzykowego (folikuliny).

Działanie tylnego płatu przysadki mozgowej jest znane oddawna, przypomieć więc tylko można, że jeden hormon jego wywołuje skurcz mięśni gładkich macicy i pochwy, drugi zaś powiększa wydzielanie mleka przez gruczoły mleczne.

Wiadomo dalej, że działanie hormonu wywołującego skurcz macicy zależy w znacznej mierze od stanu tejże, będącego skutkiem wpływu na ilość substancji kurczącej wydzielanej przez tylny płat przysadki. a krążącej we krwi i płynie mózgowordzeniowym.

Reasumując autor wygłasza następujące wnioski ogólne:

1) Przedni płat przysadki mózgowej utrzymuje w swej zależności stan anatomiczny i czynnościowy narządu rodnego samicy, nie jest konieczny dla życia danego osobnika, ale jest nieodzowny dla zachowania rodzaju, gdyż między innemi warunkuje rozwój komórek rozrodczych.

2) Tylny płat wpływa a) na kurczliwość macicy, b) wydzielaniem mleka (a ciśnienienie krwi? przyp. refer,).

3) Narząd płciowy żeński wpływa na przedni płat przysadki; wywołując w nim zmiany anatomiczne; niestety nie znamy potąd ich znaczenia fizjologicznego.

4) Od stanu narządu rodnego zależy również ilość substancji kurczącycl macicę, krążących w organiźmie.

W sprawie wczesnego rozpoznania ciąży (metoda Zondeka i Aschheima stosowana na myszkach dojrzałych). (Sur le diagnostic précoce de la grossesse methode de Zondek et Aschheim appliquée à les souris adultes). Laffont, Houel, Chiapponi. *Bullet. Societé d'Obstétr. et de la Gynecologie Nr, 8, 1929.*

Autorzy przedsięwzieli badania nad 20 myszkami dorosłemi, których cykl rujowy obserwowali

uprzednio przez 15 dni. Cykl ten trwał u większych myszek po 6 — 7 dni, to znaczy, że co ten okres czasu zjawiały się w rozmazach wydzieliny z pochwy same tylko nabłonki zrogowaciałe, utrzymujące się przez 1 — 2 dni. Następnie pojawiały się leukocyty, które również wkrótce znikały i pole widzenia mikroskopowe przejaśniało się, jak piszą autorowie, aż do następnej ruji.

Materjał swój podzielili L. H. i Ch. na trzy grupy: 1) służyła do kontroli zawierając myszki, którym nic nie wstrzykiwano.

2) 8-iu następnym wstrzykiwano codziennie 1 — 3 cm³ moczu osób ciężarnych przez 3 — 4 dni, poczynając od chwili ruji lub natychmiast po jej ukończeniu, t. j. od chwili ukazania się w wydzielinie leukocytów.

3) W grupie 3-ciej znajdowały śię 4 myszki, którym wstrzykiwano takie same ilości moczu osób poza ciążą się znajdujących.

Mocz osób ciężarnych wywołuje ukazanie się z powrotem komórek zrogowaciałych; zjawisko to utrzymuje się przez 4 dni, niekiedy jednakowoż po tym okresie czasu łuski zrogowaciałe znikają, choćby injekcje były nadal przedłużane i pojawiają się leukocyty. Badanie histologiczne jajników wykazują liczne ciałka żółte.

To też autorowie przypuszczają za *Courrier,em* i *R. Kebl'em*, że wyciągi przedniego płata przysadki mózgowej, jak również injekcje moczu ciężarnych powodują wystąpienie fazy luteinowej, która następuje po fazie follikulinowej.

Badania sekcyjne wykonane na 4 — 5 dzień od początku injekcji wykazało:

1. w grupie kontrolnej:

a) macica myszki zabitej w czasie ruji jest powiększona,

b) na drugi dzień po ruji zabita myszka miała macicę już znacznie mniejszą,

c) macica myszki zabitej na 4-ty dzień po ruji jest mała, o rogach cienkich.

2. W grupie drugiej macica myszek zabitych na 4 — 5 dzień po ruji były wybitnie powiększone a badanie histologiczne wykazało zgrubieuie mięśniówki, a śluzówkę przerosłą, bogatą w gruczoły.

3. W grupie 3-ciej macice myszek wyglądały jak w grupie kontrolnej.

W wyniku niniejszych badań autorowie stwierdzają, że w grupie II na 8 myszek u 6 otrzymano wynik reakcji dodatni (przedłużenie ruji do 4 dni, macica przerosła (u 1 — wynik wątpliwy) przedłużenie ruji o 2 dni, macica przerosła, (u 1 — wynik ujemny) przedłużenie ruji o 2 dni, macica nie powiększona.

W grupie III-ej na ogólną ilość 4 myszek 3 dały wynik ujemny, jedna wątpliwy.

Waga macicy myszki z grupy kontrolnej wynosiła 399 miligramów, natomiast macica myszki, która dostała w injekcji mocz osób ciężarnych ważyła 482 miligr. czyli o 25% więcej.

Reasumując stwierdzić można, że 1) wstrzykując dojrzałym myszkom białym mocz kobiet ciężarnych, wywołujemy w większości przypadków przedłużenie ruji do 4 dni.

2) po tym objawie występuje luteinizacja w jajnikach, stwierdzalna mikroskopowo.

5) mocz kobiet nieciężarnych nie wywołuje u myszek zmian wyżej wymienionych.

Położenie czołowe. (La présentation du front). Maret C. *Gynecologie et Obstetrique Nr. 1, T. XX.*

Autor zdaje sprawozdanie z 17 porodów czołowych obserwowanych w klinice Strasburskiej w ciągu ostatnich 20 lat na ogólną ilość 22000 porodów.

Omawiając mechanizm porodowy w położeniu czołowym autor zwraca uwagę na skrócenie wymiaru bródkowo-potylicznego (dist. mento-oceipitalis) dzięki uciskowi z boków kostnej ściany miednicy. Zresztą mechanizm porodu w położeniu czołowem jest ogólnie znany, nie wymaga więc omawiania. W 41% przypadków poród odbył się samoistnie.

Najwięcej zainteresowania wzbudza zawsze sprawa etjologji położenia czołowego. Przypadki omawiane przez autora można związać pod tym względem z następującemi przyczynami: dwa — z małemi wymiarami płodów; raz z maceracją płodu; jeden — z guzem szyi płodu; główka zbyt duża, albo zbyt mała w stosunku do miednicy była przyczyną położenia czołowego w 4 przypadkach.

Ze strony matki przyczyną omawianego położenia płodu było: dwukrotnie ścieśnienie miednicy miernego stopnia: miednica zbyt duża przy normalnej główce; czterokrotnie uważali autorowie, że przyczyną położenia czołowego było okręcenie się parokrotne pępowiny dookoła szyji. Pozatem artykuł przynosi znane z podręczników dane co do porodu w położeniu czołowem.

Rozcięcie trzonu macicy drogą brzuszną wykonane w znieczuleniu miejscowem rozpatrywane specjalnie, jako metoda przerwania ciąży. (L'hysterotomie abdominale corporeale, sous anesthésie localisée considerée en particulier comme procédé d'interruption de la gestation). Portes L. *Gynecologie et Obstetrique Nr. 1.T.XX*

W ciągu ostatnich sześciu lat wykonał autor na klinice prof. *Couvelaire'a* siedmiokrotne przerwanie ciąży w V—VIII mies. na drodze rozcięcia macicy w trzonie per laparotomiam w znieczuleniu miejscowem.

Przyczyną do przerwania ciąży było było
w 4 przypadkach schorzeuie serca i płuc,
w 2 „ schorzenie nerek,
w 1 „ ciężkie zakażenie pałeczką okrężnicy

Ponadto wykonano wspomniany zabieg u trzech matek chorych na gruźlicę w interesie dziecka; wreszcie dwukrotnie zastosowano tę metodę, jako cięcie cesarskie u osób z kyphosis, wykazujących groźne objawy ze strony serca i płuc.

A więc obserwacje swe opiera autor na 12 przypadkach opróżnienia ciężarnej macicy drogą brzuszną przez rozcięcie trzonu w znieczuleniu miejscowem.

Metoda zalecana przez autora uważana być winna za konkurencyjną dla rozcięcia ujścia zewnętrznego przez pochwę według *Dübroena*. Ta ostatnia metoda jeśt jednak technicznie niekiedy znacznie trudniejsza, zwłaszcza u pierwiastek. Wybór drogi brzusznej pozwala ponadto na dokonanie wyjałowienia ewent. podwiązania jajowodów, o ile istnieje do tego wskazanie. Trudnością, niekiedy bardzo znaczną, w zastosowaniu operacji brzusznej jest kwestja znieczulenia, gdyż w wymienionych wyżej stanach (zwłaszcza schorzeniach serca i płuc, a także nerek) uśpienie ogólne, ani znieczulenię

lędźwiowe się nie nadają, jako metody zbyt niebezpieczne. Z tego też powodu autor postanowił uciec się do znieczulenia miejscowego.

Płynem znieczulającym jest roztwór 1 gramma novocainy w dwustu gramach fizjologicznego roztworu soli; do roztworu tego dodaje się bezpośrednio przed zabiegiem 1 cm³ roztworu adrenaliny 1:1000.

Linję środkową należy znieczulić dwiema serjami injekcji: najpierw śródskórnie, przyczem druga serja winna wykraczać poza obręb pierwszej serji tak na boki, jak i jej końcach.

Po 10 minutach przystąpić można do przecięcia skóry, przyczem unikać należy dotknięcia do powięzi, gdyż jest ona bardzo bolesna.

Powięź znieczula się z kolei injekcjami ciągłemi: miejsce przy miejscu na całej przestrzeni. Przed otwarciem otrzewnej znieczula się przestrzeń okołootrzewnową. W momencie otwarcia otrzewnej chora odczuwa zazwyczaj lekki i przemijający niepokój.

Zakładanie wzierników rozciągających ranę w powłokach nie jest wskazane (chyba, że powłoki są wyjątkowo wiotkie); obejrzenie narządów w jamie brzusznej dokonać można unosząc zlekka kolejno brzegi rany zapomocą ręcznych wzierników. Samo rozcięcie macicy dokonywuje się bez jej wytaczania i bez znieczulenia, gdyż jak wiadomo sama macica nie jest bolesna, natomiast k a ż d e p o c i ą g a n i e k r e z k i jakiegokolwiek narządu wewnątrz brzusznego jest b a r d z o b o l e s n e. W chwili wydobycia płodu i popłodu chora odczuwa zazwyczaj ból, gdyż trudno wykonać to bez lekkiego choćby pociągnięcia; parę kropli eteru pozwala przeprowadzić to tempo operacji bez bólu. Ogólna śmiertelność w ciężkich przypadkach autora wyniosła zaledwie dwa zejścia śmiertelne na 12 operowanych. Jedno z nich było skutkiem ciężkiego schorzenia nerek.

Wskazania do wyjałowienia kobiety. (Des indications de la stérilisation chez la femme). M u r e t M. *Gynecologie et Obstetrique T. XX. Z. 3. 1929.*

Wskazaniem jak najbardziej ogólnie ujętym do wyjałowienia kobiety jest stan patologiczny, dzięki któremu każda ciąża i każdy poród grozi jej życiu, lub powoduje ciężkie uszkodzenia zdrowia.

W pojęciu powyższem mieszczą się wszystkie wskazania poszczególne, a mianowicie;

Z punktu widzenia położniczego:

a) zwężenie miednicy znacznego stopnia jest wskazaniem względnem, wobec możności zastosowania cięcia cesarskiego,

b) ciąża pozamaciczna nie jest wskazaniem,

c) co do pęknięcia macicy, jako wskazówki do wyjałowienia przed przyszłą ciążą, zdania są podzielone;

d) operacja *Schauta-Wertheima* (interpositio uteri vesico-vaginalis) musi być połączona z wyjałowieniem; natomiast inne operacje z powodu wypadnięcia macicy tylko w wyjątkowych przypadkach, specjalnej wiotkości tkanek.

Z punktu widzenia ogólnie-lekarskiego.

a) gruźlica krtani i pogarszająca się gruźlica płuc, o ile warunki życia chorej nie pozwalają na przeprowadzenie odpowiedniego leczenia, albo łączenie to jest bezskuteczne.

b) wady serca, dające przy poprzednich ciążach objawy niewyrównania, są wskazaniem do wyjałowienia w ciężkim stanie — rentgenowskiego.

c) ze schorzeń nerek tylko przewlekłe zapalenie nerek z groźnemi objawami, jako to: niedomoga serca, znaczne i stałe podniesienie ciśnienia krwi grożąca mocznica, zapalenie siatkówki białkomoczowe, nawykowe poronienie i obumarcie płodów w czasie ciąży — jest wskazaniem względnem do wyjałowienia stałego, gdyż w schorzeniu tem niema nadziei na poprawę.

d) choroby umysłowe i nerwowe są tylko wówczas wskazaniem do wyjałowienia, kiedy pogarszają się stale i to w związku z poprzedniemi ciążami.

e) z chorób krwi tylko niedokrwistość złośliwa pogarszająca się w czasie ciąży jest przez niektórych autorów uważana za wskazanie do wyjałowienia.

Z innych wskazań omawia autor sprawę wyniszczenia ogólnego, osteomalację (konieczność wyjęcia jajników) wreszcie nierozwiązaną kwestję wskazań socjalnych i eugenicznych.

W tych dwu ostatnich grupach wskazań autor ograniczył się do powtórzenia cudzych poglądów, nie przytaczając swoich osobistych wniosków.

Sposoby wyjałowienia kobiety. (Les procédés de stérilisation de femme). L a f f o n t A. *Gynecologie et Obstetrique T. XX Nr. 3, 1929 r.*

Wyjałowienie kobiety może być uzyskane zapomocą trzech rozmaitych sposobów postępowania, są niemi: 1) metody biologiczne, 2) energja promienna i 3) metody operacyjne.

1. Metody biologiczne są jeszcze w okresie wyrabiania się i sprawdzania. Najlepsze wyniki rokują: a) injekcje nasienia, które mają działać jak szczepienie ochronne, b) wstrzykiwanie wyciągów ciałka żółtego, które mają powstrzymywać w rozwoju pęcherzyk Graafa i nawet zniszczyć cykl miesiączkowy.

Inne metody, jak to: injekcje insuliny, folliculiny, wyciągu przedniego płata przysadki mózgowej, djeta pozbawiona witaminy E — są jeszcze w okresie prób.

2. Energja promienna znajduje zastosowanie w dwu postaciach: b) jako promienie X czyli Rentgena i b) promienie radu.

a) Promienie X nadają się do wyjałowienia trwałego i to z powodzeniem w 95 — 100% przypadkach.

Natomiast stosowanie promieni X do wyjałowienia czasowego jest mniej odpowiednie, gdyż metoda ani nie jest dokładnie wymiareczkowana, ani niezupełnie bezpieczna. Przedewszystkiem z łatwością wywołać ona może bezpłodność trwałą, a nie czasową, a dalej wpływać może ona ujemnie na potomstwo, przez uszkodzenie jaja. Czas działania promieni X jest również jeszcze niedokładnie znany.

b) Promienie radu działają tylko na śluzówkę macicy niszcząc ją, względnie niedopuszczając do zagnieżdżenia jaja: natomiast promienie te nie wpływają zupełnie na jajnik, ani na jajo, nie mogą więc wpływać na przyszłą ciążę, poród i potomstwo. Śluzówka macicy zaś po niewielkiej dawce radu odrodzić się może już w ciągu paru tygodni.

3. Metody operacyjne wyjałowienia stałego polegają przedewszystkiem na operacjach na jajowodach i to w postaci albo wycięcia częściowego z zapuszczaniem przeciętych końców pomiędzy blaszki więzadła szerokiego, albo zmiażdżenia i podwiązania jajowodu. Metody wymienione są najłatwiejsze, najszybsze i zapewniają najwięcej widoków powodzenia.

Natomiast operacyjne wyjałowienie czasowe ma tylko bardzo względne widoki powodzenia; metodą najbardziej polecenia godną jest zapuszczanie bańki jajowodu pomiędzy blaszki wiązadła szerokiego, albo wpuszczenie jajnika do sztucznie z otrzewnej wytworzonego leża. Odległemi powikłaniami operacji mających na celu czasowe wyjałowienie chirurgiczne mogą być zrosty, ciąża pozamaciczna i ileus. Wyjałowienia w czasie ciąży wykonywać należy jednocześnie z usunięciem płodu. Zabieg ten wykonywać należy do IV m. ciąży, przez pochwę, po IV m. c. per laparatomiam.

Wyłuszczenie mięśniaków a ciąża. (La myectomie dans ses rapports avec la grossesse). Brindeau A. *Gynecologie et Obstetrique T. XX, z. 2.*

Wnioski do jakich dochodzi autor w swem przemówieniu na Zjeździe Ginekologów języka francuskiego w Brukseli są następujące:

1. Wyłuszczenie mięśniaków wykonane po za ciążą nie przeszkadza następnemu zajściu w ciążę i jej donoszeniu; przypadki powikłań porodowych są rzadkie.

2. Jeżeli ciąża ma miejsce u osoby z mięśniakami macicy, to naogół rozwija się ona zupełnie prawidłowo. W niektórych tylko przypadkach interwencja operacyjna jest wskazana i to z powodu czy gwałtownych bólów, czy nagłego powiększenia się mięśniaków, czy objawów uciskowych, czy skrętu szypuły, czy uwięźgnięcia guza w macicy. W większości przypadków można z powodzeniem zastosować wyłuszczenie mięśniaków i to z dobrym skutkiem, skoro śmiertelność matek wynosi zaledwie 4%, a w 90% przypadków ciąża rozwija się nadal.

3. Wyłuszczenie mięśniaków w czasie porodu bywa wskazane znacznie rzadziej. Operację tę wykonywać należy dopiero po wydobyciu płodu na drodze cięcia cesarskiego. O ile by wyłuszczenie mięśniakow wydawało się niebezpieczne lub niemożliwe, należy po wydobyciu płodu wyciąć macicę nadpochwowo.

4. Wyłuszczenie mięśniaków przez pochwę bywa wskazane bardzo rzadko podczas ciąży. Usunięcie tego dobrotliwego nowotworu wykonać należy raczej w połogu.

Wyłuszczenie mięśniaków poza ciążą. (La myemectomie en dehors de la grossesse). *Gynécologie et Obstetrique T. XX. z, 2.*

W swojem doniesieniu na Zjeździe w Brukseli autorowie omawiają dotychczasowy stan poglądów na wyłuszczenie mięśniaków poza ciążą.

Zdaniem autorów jest to operacja łatwa, bezpieczna, gdyż daje jednakową śmiertelność, jak nadpochwowe odcięcie macicy, natomiast pozostawia pacjentce możność dalszego zajścia w ciążę i nie odbiera jej fizjologicznego miesiączkowania.

Guzy winny być łatwo wyłuszczalne, niezbyt dużych rozmiarów i w niezbyt dużej ilości (najwyżej 4). Niebezpieczeństwo nawrotu nowotworu jest niewielkie, skoro zdarzają się one w 8.47% przypadków, według *Goullioud*.

Ponieważ jednak z drugiej strony zajście w ciążę bynajmniej nie zawsze następuje, nie należy ambicjonować się specjalnie w ciężkich technicznie przypadkach do bezwzględnego wyłuszczenia mięśniaków.

Oczywista, wobec zmian zapalnych w przydatkach traci w znacznej mierze swą wartość omawiana operacja i wysuwa się raczej na plan pierwszy nadpochwowe wycięcie macicy. W wielu jednak przypadkach, zwłaszcza gdy chodzi o kobiety młode, wyłuszczenie mięśniaków jest metodą wyboru, metodą niezastąpioną.

Przewlekły nieżyt szyjki, a rak; stany przedrakowe szyjki macicy. (Cervicite chronique et cancer; etats précancerèux du col utérin). Villard E. prof. Montel G. *Gynecologie et Obstetr. Nr 1 T. XX.*

Celem autorów jest zwrócić uwagę na znaną oddawna prawdę, raczej empiryczną, o możliwości powstawania raka szyjki z jej nieżytów. Dane kliniczne, powszechnie znane, przemawiają za tą tezą (objawy zapalenia szyjki w wywiadach chorych na raka, brak raka szyjki u dziewic, częstość rozległych pęknięć szyjki u kobiet następnie zapadających na raka, postać anatomo-patologiczna polegająca na owrzodzeniu prawdziwym, która uspasabia szczególnie do nowotworowego bujania).

Autorowi jednakowoż chodziło głównie o dowody anatomo-patologiczne, stwierdzające związek zapalnego stanu szyji macicy z jej rakiem. Badając mikroskopowo szereg wycinków z t. zw. nadżerek (erosio) na części pochwowei zauważyli oni, że wbrew opinji klasycznej najczęściej postacią nadżerki jest prawdziwe owrzodzenie, z ubytkiem tkanki, w tym przypadku nabłonka, nabłonek walcowaty, jeśli nawet daje się wykazać, rozrzucony jest kępkami i pochodzi prawdopodobnie z otwartych przez owrzodzenie gruczołów.

W niektórych przypadkach przeważają wyraźnie elementy zapalenia na czele z naciekami drobnokomórkowemi, w innych występuje na plan pierwszy przerost gruczołów, dając niekiedy obraz jakby dobrotliwego nowotworu części pochwowej adeno-papilloma. Z tego (nowotworu dobrotliwego rozwinąć się może, jak sądzą autorowie, rak.

Bardziej jeszcze przekonywające jest stwierdzenie w obrazie mikroskopowym nabłonka części pochwowej stanów przedrakowych komórek poszczególnych; mianowicie wśród komórek płaskich nabłonka, w dość znaczuej nawet odległości od membrana basalis widać komórki o nieprawidłowych figurach podziału, o potwornościach w budowie. Niepokój ten występuje w komórkach, które bynajmniej nie przerwały membrana basalis, a więc nie wykazały wzrostu naciekowego. Dla ilustracji swych wywodów autorowie przytaczają dwa przypadki, w których udało się im wykazać odjawy bardzo wczesnego raka, rozwijającego się w bezpośredniem sąsiedztwie, albo na zmianach zapalnych, owrzodzeniach szyji.

Wnioskiem praktycznym z niniejszej pracy jest oczywista konieczność ścisłego leczenia zapaleń

szyjki i częstego stosowania diagnostycznego wycinania kawałków śluzówki do badania na obecność raka.

Leczenie energją promienną raka szyjki macicy w ośrodku przeciwrakowym przedmieść paryskich. (La radiothérapie du cancer du col de l'utérus au Centre anticancereu de la Banlieue parisienne). Laborde S. Wickham Y. L. *Gynecologie et Obstetrique T. XX, Z. 5. 1929.*

W wymienionym w tytule ośrodku przeciwrakowym, prowadzonym przez *G. Roussy'ego* przyjęto następujący podział na grupy raków szyjki macicy:

Stopień I: nowotwór dotyczy jedynie szyjki macicy; są to zatem przypadki istotnie nadające się do operacji.

Stopień II: przejście nowotworu częściowo na otoczenie, ruchomość macicy dzięki temu częściowo ograniczona, pod względem operacyjnym przypadki zawarte w tej grupie stoją na pograniczu operabilitatis.

Stopień III: nowotwór przechodzi na przymacicze lub częściowo na ścianę pochwy, skąd zupełna nieruchomość macicy: przypadki nieoperacyjne.

Stopień IV: nowotwór zajmuje oprócz szyji macicy narządy sąsiednie, jak to pochwę, pęcherz, odbytnicę, ponadto, albo zamiast powyższego, stwierdza się przerzuty w gruczołach chłonnych albo w narządach wewnętrznych; są to przypadki rozpaczliwe, w których leczenie ma tylko na celu chwilową, objawową poprawę.

W zasadzie stosowano samo leczenie energją promienną bez leczenia operacyjnego.

Technika lecznicza pozostaje bez zmiany od chwili założenia Ośrodka t. j. od r. 1921 i jest następująca.

Do jamy macicy i kanału szyji wprowadza się dren gumowy zawierający od 2—3 rurek po 20 mlgr. radu (radium elementu) w otoczce pierwotnego filtru grubości 1 mm platyny i filtru wtórnego 3 mm gumy; do obydwu sklepień bocznych pochwy i przed szyjkę macicy umieszcza się 3 rurki zawierające po 10 mlgr radu (radium elementu) z filtrem pierwotnym 1,5 mm platyny, wtórnym — 1 cm korka lub gazy. Taki ładunek radowy zawiera zatem 70 — 90 mlgr. elementu radowego, a pozostając przez 70—75 godzin przy ładunku 90 mlgr; względnie 90—96 godzin przy ładunku 70 mlgr. daje w rezultacie dawkę 6000—6800 mlgr. — godzin, co odpowiada 46 — 50 „milicuries détruits".

Leczenie takie przeprowadza się, o ile ciepłota chorej nie podnosi się ponad 38°. Opatrunek zmienia się co 48 godziny. O ile występuje podniesienie ciepłoty lub inne objawy zakażenia należy prowadzić leczenie bardzo ostrożnie, wyjmując rad w ten sposób, aby chora miała 48 godzinny odpoczynek po seansie trwającym 20—24 godz.

Jeżeli zbyt duży kalafior na części pochwowej nie pozwala na zastosowanie odrazu leczenia wewnątrz macicznego, autorzy radzą z początku założyć rurki z radem do pochwy, a dopiero potem po 5—6 dniach do kanału szyji.

Dla usunięcia nadmiernych rozrostów nowotworowych na części pochwowej autorowie nie używają ani igieł radowych, ani skrobania łyżeczkami, ani elektro-koagulacji.

Polemizując z innymi autorami L. i W. twierdzą, że najlepsze wyniki dają dawki od 5000 — 7000 miligramgodzin (38 — 52 milicuries detruits); dawki większe nie są potrzebne, a nawet są szkodliwe, gdyż przeszkadzają prawidłowemu procesowi zabliźniania.

Trwanie leczenia również nie jest bez znaczenia: naświetlanie krótkie parogodzinne stosowane w Ameryce, oczywiście dużemi ilościami radu, uważają autorzy za trudne i niebezpieczne. Z drugiej strony sposób *Proust'a* i *Nabiad'a*, polegający na stosowaniu małych dawek przez b. długi czas (10—25 dni) wydaje się wartościowym, ale grozi zakażeniem z powodu konieczności kilka a nawet kilkadziesiąt razy zmieniania ładunku radu w macicy.

To też za najodpowiedniejszy okres leczenia uważają autorowie 3—5 dni:

Samo leczenie radem stosuje się jedynie w I stopniu rozwoju nowotworu. Wszędzie tam, gdzie przeszedł on poza granicę szyji stosuje sie jednocześnie naświetlanie przymacicza czy to za pomocą aparatu Roentgena, czy lampy radowej, zawierającej 1 gram (1000 mlgr) radowego elementu (télécurie thérapie).

Technika naświetlania Roentgenologicznego jest następująca: aparat firmy Gaiffe o stałym napięciu 200.000 volts, 4 pola: dwa przednie, dwa tylne. Dawka powierzchowna, mierzona jonometrem *Solomona* wynosi 4.000—4.500 R. na pole; odległość antikatody do skóry 40 cm; filtr 1 mm Cu — 2 mm Al. Dawka całkowita wynosi 16.000 — 20.000 R. w ciągu 15—20 dni po 1000 R. dziennie.

W ostatnich miesiącach zaczęto w Ośrodku przeciwrakowym stosować rad na odległość (télécuriethérapie). Narazie jeszcze nie można nic pewnego powiedzieć o tym nowym sposobie leczenia.

Wyniki opisanego wyżej postępowania leczniczego sprawdzonego obserwacją najmniej 5-cio letnią, najwyżej 8-io letnią, przedstawiają się jak następuje:

w I	stopniu	5 chorych	— 4	wyleczonych	(80%)
w II	„	9 „	— 5	„	(55%)
w III	„	56 „	— 9	„	(16%)
w IV	„	23 „	— 0	„	(0%)

Te same rubryki z dodaniem jeszcze 2 lat, czyli z kontrolą minimalną 3 letnią nie wiele różnią się od poprzednich, a mianowicie:

I	stop.	5 chorych	— 4	wyleczonych	(80%)
II	„	24 „	— 13	„	(54%)
III	„	94 „	— 20	„	(21,2%)
IV	„	50 „	— 0	„	(0%)

Średnio na ogólną ilość 173 leczonych — 37 wyleczonych, co stanowi 21,38% wyleczenia.

Badania nad stosunkiem histologicznej budowy nowotworu do przebiegu klinicznego nie dały zdecydowanego wyniku. Stwierdzono jedynie, że postacie basocellulare żywiej reagują na energję promienną, niż postacie „spino-cellulare" (bardziej odporne).

Wreszcie niezmiernie ważna praktycznie sprawa zakażenia owrzodzenia nowotworowego opracowana była bardzo dokładnie w Ośrodku prof *Roussy*. Stwierdzono, że najczęstszym drobnoustrojem, spotykanym na owrzodzeniu rakowym jest strepto-enterococcus, to też leczenie profilaktyczne przed założeniem radu polegało na injekcjach podskórnych auto-szczepionki w ilości 1 — 2 cm³, zawierających $^2/_3$ strepto-enteroccus, a $^1/_3$ innych drobnoustroji. Podobny skład był t. zw. bouillon-vaccin stosowa-

nych miejscowo na nowotwór, przyczem rozpoczynano od gotowego buljonu, a później przechodzono na przesącze, wyhodowane z danego przypadku.

Późne wyniki leczenia radem raka szyji macicy pierwotnego i przypadków nawrotu po operacyjnem leczeniu. (Lata od 1921 1927), (Les resultats éloignes de la curietherapie dans les cancers primitifs et dans les recidives post-operatoires des cancers du col (1921 a 1927) Delporte F. Cahen). *Gynecologie et Obstetrique T. XX. Z. 5. 1929.*

Materjał autorów zawiera 299 przypadków pierwotnego raka i 62 nawrotów po wycięciu całkowitem macicy z powodu raka szyjki.

W grupie pierwszej (rak pierwotny) było 126 przypadków obserwowanych przynajmniej przez 5 lat Wyniki są następujące:

a) przypadków nadających się do operacji 32 — wyleczonych. 14 — zmarło z innych przyczyn poza rakiem. 2 — odsetek wyleczonych 46,6%.

b) nie nadających się do operacji ogółem 56, wyleczonych 15, co stanowi 26,7%.

c) przypadków daleko posuniętych 38, wyleczonych 3, zmarło z innych przyczyn 1, odsetek wyleczonych 8,9%.

W przypadkach mniej zaawansowanych leczenie polega na aplikacji radu do pochwy i do macicy na przeciąg 12 dni, tak aby dawka ogólna wynosiła około 60 milicuries detruits.

Jednakowoż w przypadkach bardziej posuniętych z szerokiemi naciekami w przymaciczach autorowie nie ograniczają się do wyżej wspomnianej terapji, lecz o dwa miesiące poźniej zakładają per laparatomiam igły radowe do macicy i umieszczają rurki z radem około szerokiego więzadła zajętego przez naciek nowotworowy.

Postępowanie w sposób powyższy dało w 10 przypadkach obserwowanych przez 5 lat wyleczenie w 4, co stanowi 40%. Autorowie uważają głęboką terapję radową za skuteczniejszą od leczenia głębokiego promieniami Rentgena.

Przechodząc z kolei do 2 grupy — nawrotów po operacyjnem leczeniu raka szyjki macicy autorowie zaznaczają na wstępie, iż terapja radowa jest w tych przypadkach znacznie trudniejsza niż przed operacją z powodu braku tak dogodnego miejsca do aplikacji, jakim jest macica; powstaje jedynie możność umieszczenie rurek z radem do sklepienia pochwy.

Wyniki: z 28 przypadków obserwowanych przez 5 lat wyleczono zaledwie 3, co stanowi 10,7%. Jeśli rozpatrywać obydwie grupy, czyli cały materjał, to przeciętny odsetek wyleczenia wyniesie 25%.

Zaznaczyć wreszcie dla ścisłości należy, że zakładanie igieł per laparatomiam w 2 mies. po aplikacji pochwowo-macicznej, zostało wprowadzone w Instytucie Brukselskim dopiero stosunkowo od niedawna.

Powikłania pooperacyjne po rozszerzonem wycięciu macicy z powodu raka szyjki (Les complications postoperatoires apres l'hysterectomie êlargie peut cancer du côl utérin) Keller B. *Gynecologie et Obstet. Nr 1 T. XX.*

Autor wylicza w długim artykule rozmaite komplikacje pooperacyjne mogące wystąpić po rozszerzonem wycięciu macicy z powodu raka szyjki, pomimo to jednak uważa on, że ryzyko tych powikłań zrównoważone jest z naddatkiem korzyścią leczniczą i wobec tego nie należy odstępować od tej operacji (znanej powszechnie pod nazwą operacji Wertheima)

Zabieg omawiany wymaga od operatora dużego wyrobienia technicznego, szybkości pracy i dokładnej hemostazy. Wypełnienie tych pierwszych 3 warunków pozwala na ominięcie, albo przynajmniej znaczne zmniejszenie niebezpieczeństwa shocku pooperacyjnego.

Powikłań płucnych najłatwiej uniknąć można dokładnie badając płuca chorej przed operacją, stwierdzenie choćby lekkiego nieżytu oskrzeli jest wskazaniem do wyczekania z operacją aż do zupełnego wyleczenia schorzenia płuc.

Pooperacyjne zapalenie otrzewnej znikło zdaniem autora, od czasu stosowania systematycznego przy każdym zabiegu rozszerzonego wycięcia macicy worka Mikulicza. Ten sposób drenowania połączony z tamponowaniem jamy otrzewnej przez pochwę pozwala na całkowite opanowanie i usunięcie ewentualnego zakażenia jamy otrzewnej, a w każdym razie zapewnia jego ograniczenie.

Natomiast dążenia do wyjałowienia pod względem bakterjologicznym raka szyjki przed operacją uważa autor za bezcelowe. Wyjałowienia się nie uzyska, a wszelkie manipulacje na części pochwowej grożą rozszerzeniem się zakażenia po przez drogi chłonne, na otoczenie czy to przy — czy do okołomacicza.

Najwięcej powikłań grozi ze strony narządu moczowego. A więc oddzielanie pęcherza ku dołowi grozi wytworzeniem się drobnych krwiaków na skutek uszkodzenia drobnych naczyń ściany pęcherza w ciągu pierwszych paru dni po operacji.

Następnie często występującym powikłaniem jest niedowład pęcherza prawdopodobnie na skutek uszkodzenia dróg nerwowych przechodzących od tylnej ściany pęcherza, a zniszczonych podczas odsuwania tegoż ku dołowi, przy oddzielaniu od przedniej ściany macicy. Zazwyczaj powikłanie to mija samoistnie najdalej po 2—3 tygodniach.

Niezwykle częstą komplikacją jest pooperacyjne zapalne pęcherza, tembardziej, że wiele kobiet chorych na raka szyjki cierpi już przed operacją na zapalne stany pęcherza. Stosowany często cewnik na komornem (a demeure) sprzyja jeszcze bardziej wystąpieniu tego powikłania.

Gorzej kiedy omawiane wyżej powikłanie jest skutkiem zapalenia miedniczek nerkowych.

Oczywista najbardziej decydujące znaczenie ma stan moczowodu, dookoła którego wytwarza się nierzadko blizna w miejscu pola operacyjnego, obciskająca dookoła.

Dużo jednak groźniejsza jest ewentualność wtórnej martwicy częściowej pęcherza czy moczowodu na skutek uszkodzenia ich odżywiania. Stać się to może przy oddzielaniu pęcherza, ale jeszcze łatwiej przy wypreparowywaniu moczowodn z otaczających tkanek nowotworowych. Zbyt dokładne wyosobnienie doprowadza do usunięcia otoczki naczyniowej moczowodu, skąd obumarcie tej części narządu i późna. występująca po 12 dniach, przetoka moczowodowo-pochwowa.

Ze strony kiszek grozi częściowa martwica kiszki prostei (rzadkie powikłanie, spowodowane oddzielaniem tej kiszki od macicy) i pooperacyjna niedrożność jelit. Tę ostatnią udaje się naogół opanować b. łatwo, niekiedy jednak zmusza do zabiegu operacyjnego. Związać można tę niedrożność jeli- z drenowaniem otrzewnej za pomocą worka *Mikuli-*

cza, pomimo to jednak lepiej pozostać przy tej metodzie, choćby miały z jej powodu wystąpić wspomniane komplikacje, gdyż drenowanie ochroni nas przed bez porównania groźniejszem niebezpieczeństwem, jakim jest rozlane zapalenie otrzewnej.

T. Zawodziński.

CHOROBY OCZU

Tatuowanie rogówki chlorkiem złota, (Le tatouage de la cornix par le chlorure d'or). Dollfus. *Annals d'oculistique Septembre 1929 z. 729*).

Autor używa do tatuowania rógówki 3% roztworu Au Cl_3 3 w wodzie destylowanej, sterelizowanego w ampułkach z żółtego szkła, przechowywanych w pudełkach hermetycznie zamykanych. Po uprzedniem sprawdzeniu drożności dróg łzowych i stanu spojówek i znieczuleniu rogówki kilkakrotnem zakraplaniem 4% kokainy, zakładamy rozwórkę automatyczną. Nożykiem *Graefego* zeskrobujemy nabłonek rogówki z częścią miąższu. W razie krwawienia wystarczy dać kroplę adrenaliny. Umoczywszy watę nawiniętą na pałeczkę szklaną w roztworze złota, przykładamy ją do zeskrobanej powierzchni rogówki i trzymamy 4 minuty. Następnie przykładamy drugi wacik umoczony w płynie redukującym — adrenalinie lub taninie (autor woli taninę 1%), przyczem miejsce tatuowane momentalnie ciemnieje (brunatnieje). Zakładamy opatrunek. Autor uważa tatuowanie chlorkiem złota za lepsze niż tuszem chińskim. Sposób ten daje zabarwienie jednolite, odczyn zapalny i bolesność po zabiegu są minimalne.

Dr. Z. Januszewski.

Biomikroskopja spojówki tarczkowej w jaglicy. Cuenod et Roger Nataf. *Bull et Memoires de la Soc. Franc. de ophtalm 1929, str. 220—234.*

Autorowie powołują się przedewszystkiem na pracę Argentyńskiego okulisty. *Dusseldorpa*, który w pracy swej o jaglicy (1927) przytoczył poraz pierwszy własne spostrzeżenia dotyczące danych drobnowidowych, otrzymywanych zapomocą lampy szczelinowej na żywem oku. — Naogół autorowie spostrzeżenia jego potwierdzają i uzupełniają.

Badanie biomikroskopowe są tu dość trudne, gdyż, obok odwrócenia powieki górnej, wymagają stałych zmian w ustawieniu mikroskopu, czasem było tu pożyteczne światło bezczerwienne

Na wstępie opisują autorowie obraz biomiokroskopowy spojówki tarczki prawidłowej i podkreślają jej gładkość, oraz wydatne zarysy naczyń krwionośnych, idących regularnie od górnego i dolnego brzegu tarczki, i przechodzących w sieć naczyń włosowatych na poziomie rowka podtarczkowego. Wyjątkowo tylko w okolicach kąta wewnętrznego lub zewnętrznego spotkamy szereg wypukleń stanowiących t. zw. grudki chłonne spotykane w stanie prawidłowym — grudki te, zresztą, nie mają unaczynienia tak typowego dla jaglicy.

W okresach początkowych jaglicy rysunek naczyń rozszerzonych i silniej rozgałęzionych pokryty jest częściowo szeregiem grudek, do których dochodzi drobna siateczka naczyń włosowatych, tworzących gwiazdkowate pęczki u podstawy, grudek znacznie mniej przejrzystych od grudek spojówki prawidłowej.

W jaglicy wydatnie rozwiniętej przedewszystkiem zaznaczy się wyraźnie zgrubienie spojówki tarczkowej. Większości naczyń nie widać, natomiast rzuca się w oczy jakby mozajka— jakby szereg drobnych układanek składających sie z kanciastych wielokątnych płytek nakrapianych na czerwono, wskutek przebijających je licznych cieniutkich naczyń włosowatych, które kończą się na tych płytkach gwiazdkowatych. Pozatem ponad mozajką płytek widać tu i owdzie rozrzucone ampułowate szkliste twory 4 do 6 razy większe od tych płytek. To — grudki, do których znów dochodzą drobniutkie gałązki naczyń włosowatych — są to typowe grudki jaglicze. Grudki te składają się czasami z 2—3 zrazików.

Małe płytki — to przerosłe, skupione i uciskające się wzajemnie brodawki powierzchni spojówki.

Okres bliznowaty jaglicy. Tu obok bladego, prawie nieunaczynionego pasma bliznowatego, pośrodku tarczki t. zw. linji *Arlta* bliżej górnego brzegu taczki widać szereg płytek oraz ślady drobniutkich pędzlowatych rozgałęzień naczyń włosowatych na miejscu dawnych grudek.

W przypadkach świeższych można nieraz i tu spotkać drobniutkie oddzielne skupienia grudek. Pozatem odróżnić możemy, że blizny układać się zaczynają gwiazkowato — dodać tu należy, że spotkamy je w badaniu biomikroskopowem dużo wcześniej, niż w badaniu zwykłą lupą lub okiem.

W dyskusji nad pomienionym odczytem *Frantas* podkreśla znaczenie badania drogą powiększenia prześwietlanej zapomocą diafanoskopu *Langego* powieki. W tych przypadkach widać wyraźnie białawe ogniska, grudki, naczynia i gruczoły *Meiboma*, niewidzialne przy badaniu biomikroskopowem.

Doc. Melanowski.

CHOROBY UCHA, GARDŁA I NOSA.

Nowe leczenie zanikowego nieżytu nosa. (Nouveau traitement de la rhinite atrophique). P. Guns et F. Coene.

Teorje przyczyn ozeny są rozmaite, a piśmiennictwo na ten temat jest olbrzymie. Jakkolwiek niektórzy autorowie twierdzą że etjologja ozeny jest dla nich jasną, jak np. *Hofer*, dla którego wyjaśnia ją coccobacillum Perez, to przecież powstają coraz nowe teorje i metody leczenia. W ostatnich latach dużo uwagi poświęca się stosunkowi cierpienia do systemu nerwowego samoczynnego, a poniekąd także do gruczołów dokrewnych (*Wiskowsky, Bergis, Asteriades, Halpben, Portmann*).

Znane są próby *Portmanna* leczenia ozeny drogą sympaticectomii. Istotnie też wyniki dodatnie tej metody są niewątpliwe. Niestety są one przemijające. Pewna znów grupa autorów stara się wpłynąć korzystnie na przebieg ozeny drogą farmakologicznego działania na parasympaticus, mając w tym kierunku teoretyczne oparcie na przypadkach wrzekomego wywołania ozeny drogą wycięcia zwoju klinowo-podniebnego lub uszkodzenia zwoju *Meckela*. Z środków pobudzających parasympaticus czyli t. zw. vagotonicznych stosowano dotąd pilocarpinę i extractum jaborandi (z neopancarpina). Żaden z tych środków nie jest bezskuteczny. Autorzy zastosowali acetylcholinum hydrochloricum, dostarczoną przez firmę Hoffman-La Roche w ampułkach z rozczynem 1%, 5% i 10%-wym, a to w formie pendzlowania śluzówki nosa po uprzedniem zastosowaniu miejscowem lekkiego rozczynu kwasu mlecznego w celu zmiany odczynu zasadowego powierzchni śluzówki na kwaśny. Acetylcholina rozkłada się bowiem szybko w środowisku zasadowem. Z tej samej przyczyny autorzy nie stosowali środka drogą wstrzykiwań podskórnych. Wyniki, które uzyskali autorzy w 7 przypadkach są bardzo zachęcające, tem bardziej, że i dla praktyka są łatwo przystępne.

NOWOTWORY.

Zmiany grasicy królika w następstwie zatrucia dziegciem. (Les lésions du thymus chez le lapin consécutives à l'intoxication par le goudron). A. Babes. *Bulletin de l'assoc. franç. p. l'etude du Cancer. T. XVIII, Nr. 8, 1929.*

Stosunek wagi grasicy do wagi ciała królika normalnego wynosi 1:248, uległ on znacznemu zmniejszeniu (1:23250) u 3 zwierząt, którym autor wstrzykiwał podskórnie smołę. Mikroskopowe zmiany w grasicy polegały na niszczeniu limfocytów kory, na przeroście elementów siateczkowych i na wtórnym rozroście tkanki łącznej wraz z zanikiem zrazików.

Ze względu na obrazy piknozy i fragmentaryzacji jąder limfocytów autor przypisuje smole, a właściwie zawartemu w niej arszenikowi, własności karjoklastyczne.

Rak hypercholesterynowy o komórkach jasnych. (Carcinome hypercholestérinique a cellules claires). A. H. Roffo. *Les Néoplasmes T. VIII, Nr. 6, 1929.*

Autor zwraca uwagę, że w tkankach nowotworowych, zarówno ludzkich jak i zwierzęcych, znajduje się dużo cholesteryny, która zjawia się w nadmiarze we krwi także w stanach przedrakowych. Następnie opisuje przypadek, tyczący się 30 l. kobiety, u której usunięto z okolicy mięśnia piersiowego zrośnięty z nim guz wielkości pomarańczy, o bardzo charakterystycznej budowie histologicznej. Wśród tkanki wrzecionowato-komórkowej znajdowały się liczne ogniska wielobocznych komórek, nadzwyczaj jasnych, przypominające elementy nadnerczaka. Badanie chemiczne i polaryzacyjne wykazało we wspomnianych komórkach dużą ilość cholesteryny oraz lipoidów.

KRONIKA

XLIII Zjazd Francuskiego Towarzystwa Okulistycznego odbędzie się w Paryżu dnia 12 maja. Referat programowy pod tytułem „Biomikroskopja soczewki w stanach prawidłowych i nieprawidłowych" wygłoszą Duverger i Velter. Podczas Zjazdu odbędzie się wystawa narzędzi i zwiedzanie klinik.

Zgłoszenia kierować należy na ręce sekretarza generalnego Dr *René Onfray*, 6 avenue de le Motte Picquet, Paris VII.

* * *

Kurs dokształcający z zakresu oto-rhino-laryngologji pod kierownictwem prof. *Canuyt* odbędzie się w Strassburgu od 15 do 27 VII 1930.

* * *

Kurs poświęcony rakowi odbędzie się od 16 do 26 VII w Strassburgu pod kierownictwem d ra *Gunsett'a*. Kurs obejmuje wykłady teoretyczne (*Canuyt, Géry, Keller, Leriche, Pautrier, Reeb, Stolz, Vlès, Weill*), pokazy leczenia fizykalnego, pokazy chorych. Wpis 500 fr. fr.

* * *

W Paryżu odbędą się następujące kursa dokształcające:

Chirurgja ginekologiczna 12 — 22 V. kierownik Dr *Leibovici*, wpis 300 fr. fr.

Chirurgja urologiczna 7—13 VII, kierownik dr. *Leibovici* 200 fr. fr.

Kurs przeciwgruźliczy 15 VI — 15 VII. Kier. Prof. *Sergent*.

Leczenie złamań. Kier. Prof. *Hartmann*. 5—17 V Wpis 250 fr. fr.

Kurs dokształcający z dziedziny techniki chirurgicznej. Kier. Dr *Gosset*. 11—25 VI.

Higjena i schorzenia wczesnego okresu niemowlęctwa. Prof. *Lereboullet*. 1—14 VII. 250 fr. fr.

Rozpoznawanie i leczenie głównych schorzeń dziecięcych. Prof. *Nobecourt*. 16 VII—2 VIII. 250 fr. fr.

Kursa dokształcające z dziedziny ginekologji. Prof. *J. L. Faure*:

a) dla początkujących 16—28 VI. 22 IX—4 X, 1—13 XII. Wpis 250 fr. fr.

b) dla zaawansowanych 13—25 X. Wpis 250 fr fr.

Położnictwo. Prof. *Couvelaire*. 1—15 VI. 200 fr. fr.

Kurs dla zaawansowanych 1—31 X. Wpis 400 fr. fr.

Urologja Prof. *Legueu*, 4—14 VI.

Schorzenia narządów płciowych męskich. Dr. *Chevassu*. 30 VI — 19 VII. Wpis 500 fr. fr.

Redaktor odpowiedzialny: *Doc. Dr. A. Wojciechowski*
Wydawca: Spółka Wydawnicza „Wiedza Lekarska".
Adres redakcji i administracji Warszawa, Orzechowska 4. Tel. 420-90.
Prenumerata z przesyłką rocznie zł. 8. kwartalnie zł. 2. Konto **P. K. O. 15.785.**

NEUMAN & TOMASZEWSKI ZAKŁADY GRAFICZNE WE WŁOCŁAWKU

KONKURS „WIEDZY LEKARSKIEJ"

Zgodnie z warunkami konkursu, podanymi w numerze majowym "Wiedzy" w r. 1929 ogłaszamy obecnie opinję Sądu Konkursowego:

Sąd Konkursowy pod przewodnictwem P. Prof. W. Orłowskiego po zaznajomieniu się z bardzo nielicznie nadesłanemi pracami postanowił: żadnej z nich nagrody nie udzielać, jedną zaś p. t. „Phosphacid d-ra Romanowskiego" (autor dr. Byliński, godło „Kresowiec") zakwalifikował do druku na warunkach zwyczajnych.

Wobec powyższego Redakcja Wiedzy przedłuża termin konkursu do dnia **31, XII, 1930,** *jednocześnie — chcąc ułatwić ubieganie się o nagrodę, — cofa następujące warunki: obowiązkowy wyjazd do Francji (pozostawiając to jedynie jako życzenie) oraz niemożność uczestniczenia w konkursie lekarzy pracujących w szpitalach i klinikach miast uniwersyteckich. Wobec tego warunki konkursu brzmią obecnie następująco:*

WARUNKI KONKURSU:

1. Ubiegać się o nagrodę mogą jedynie lekarze, obywatele polscy, całoroczni prenumeratorzy „Wiedzy", z wyjątkiem stałych współpracowników pisma.

2. Praca musi być oryginalna, oparta na własnych spostrzeżeniach i doświadczeniach, uwzględniająca obok własnych spostrzeżeń i wniosków także i piśmiennictwo polskie, a podług możności i obce, zwłaszcza francuskie. Praca powinna uwzględniać przedewszystkiem potrzeby lekarza paktyka, bądź to w dziedzinie zapobiegania chorobom, bądź ich rozpoznawania, bądź też lecznictwa, lub we wszystkich tych dziedzinach łącznie, bez względu na specjalność. Rozmiar pracy nie może przekraczać 16 stron druku „Wiedzy". Na konkurs mają być nadesłane tylko takie prace, które dotychczas drukiem ogłoszone nie były.

3. Prace winny być napisane poprawnym językiem polskim, b. czytelnie na jednej stronie arkusza z pozostawieniem marginesu i podpisane godłem. Prace konkursowe powinny być nadesłane w 3 egzemplarzach do Administracji „Wiedzy“, najpóźniej do dnia 31 Grudnia 1930 r. Razem z pracą nadesłać należy: kwit opłaconej całorocznej prenumeraty i zamkniętą kopertę, opatrzoną zewnątrz w to samo godło i zawierającą wewnątrz imię, nazwisko i dokładny adres autora.

4. Wyniki konkursu będą podane do wiadomości w marcowym zeszycie r. 1931 „Wiedzy“. Prace odznaczone będą ogłoszone drukiem na łamach „Wiedzy“, w ciągu roku 1931.

5. Redakcja zastrzega sobie prawo wyboru niektórych prac z pośród niewyróżnionych i ogłoszenia ich drukiem po uprzedniem zawiadomieniu autora. Prace te będą honorowane narówni ze zwykłemi, niekonkursowemi pracami. Autorom prac wyróżnionych na konkursie nie przysługuje prawo ani do honorarjum, ani do umieszczenia ich w innem piśmie.

6. Nagroda główna wynosi **3000 zł.**, *oprócz tego ustanawia się trzy nagrody pocieszenia; jedną w kwocie 500 zł. i dwie po 250 zł. Cztery piąte tych nagród będą wypłacone gotówką, a reszta czekiem księgarni francuskiej, pozwalajacym na otrzymanie książek lekarskich w języku francuskim na powyższą sumę podług wyboru nagrodzonego.*

7. W razie gdyby Sąd Konkursowy nie przyznał nagrody, wymienione pod 6, żadnej z nadesłanych prac z powodu nieodpowiedniego poziomu naukowego, wówczas zastrzega się dla tegoż Sądu Konkursowego prawo, albo ponownego ogłoszenia konkursu, albo podziału nagród wymienionych pod 6 i 7 na pięć równych części (t. j. po 800 zł.) z tem, że w ten sposób nagrodzeni otrzymają po 650 zł. gotówką i 150 zł. czekami księgarni francuskiej i polskiej, pozwalającymi na otrzymanie książek lekarskich podług wyboru nagrodzonego.

Redakcja Wiedzy Lekarskiej poczuwa się do miłego obowiązku złożenia na ręce Pana Profesora Witolda Orłowskięgo — serdecznego podziękowania członkom Sądu za trudy poniesione w związku z konkursem.

NEUMAN & TOMASZEWSKI, ZAKŁADY GRAFICZNE WE WŁOCŁAWKU, UL. CYGANKA 24, TEL. 136.